

Anvendt positiv psykologi:

Et metateoretisk perspektiv



Øystein Søråas Grimsgaard

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Våren 2009

Forfatter: Øystein Søråas Grimsgaard
Tittel: ”Anvendt positiv psykologi: Et metateoretisk perspektiv”
Veileder: Cato Grønnerød

Sammendrag

Bakgrunn: Det har lenge vært et paradoks at psykologien har vært mer opptatt av sykdom og lidelse enn av velvære og god mental helse i studiet av menneskelig atferd og fungering.

Skjevheten i fokuset kan spores til de historiske føringene som ble lagt for utviklingen av psykoterapi under medisinsk forskning og praksis. Tradisjonen i våre vestlige helsesystemer har blitt slik at det er de mer presserende omstendighetene og problemene som nødvendigvis blir fulgt opp først. Som en motreaksjon mot denne har positiv psykologi vokst de siste årene til å bli en psykologisk bevegelse som søker å føre fokuset tilbake mot positive psykologiske aspekter som har vært nedprioritert, slik at fokuset i psykologien kan bli gjenopprettet.

Metode: Denne oppgaven er en teoretisk strukturell analyse av de teoretiske og praktiske prinsippene som ligger til grunn for tre utvalgte varianter av anvendt positiv psykologi. Jeg søker å utforske de underliggende prosessene ved å følge strukturen i den metateoretiske modellen til Morris (2003) og sammenligne funnene med den tradisjonelle medisinske metamodellen. Problemstillingen går ut på å avdekke om de anvendte behandlingene bygger på en metateoretisk struktur som følger den tradisjonelle medisinske behandlingsmodellen eller om de fremstår som alternativer.

Resultat: En gjennomgang av de terapeutiske behandlingsmetodene førte frem til en drøfting av de strukturelle komponentene som inngår. Jeg foretok en metateoretisk sammenligning av behandlingsprinsippene i de anvendte terapiformene og fant at de ikke utgjør grunnlag for en fullstendig ny metateoretisk behandlingsmodell, men at de avviker fra strukturen i de tradisjonelle ritualene i Morris metamodell ved det jeg kaller positive ritualer.

Konklusjon: Funnene indikerer at anvendt positiv psykologi ikke representerer et teoretisk alternativ til den tradisjonelle medisinske behandlingsmodellen, men at de avviker betydelig ved å fokusere på positive psykologiske aspekter som velvære, karakterstyrker og motstandsvekst i behandlingen, heller enn symptomer og psykologiske problemer.

Forord

Jeg vil gjerne rette en stor takk til min veileder, Cato Grønnerød, som på ganske så kort tid sa seg villig til å veilede oppgavearbeidet mitt, og som under hele prosessen har gjort sitt for å gi meg gode tilbakemeldinger på materialet jeg har kommet med. Støtten i veiledningen har vært et godt tillegg til skriveprosessen, og oppgaven hadde nok vært langt mindre strukturert uten hans kritiske, men balanserte blikk. For det er jeg takknemlig.

Jeg vil også rette en takk til min kjære Siv, som har støttet meg i tide og utide gjennom lange dager, søvnknappe netter og kryptiske kåserier om psykologiske fenomener og prosesser. Takk for støtten du har gitt og gir meg, jeg er veldig glad for at du er den du er.

En siste takk går til alle på psykologikullet mitt som med bred innsikt, godt humør, vittige kommentarer og pulverkaffe har skapt god stemning gjennom studiet, og spesielt i perioden med oppgaveskriving. Tidenes gjeng!

Øystein Søråas Grimsgaard

Oslo, april 2009

*"Dere er blitt fortalt at som en kjede er dere like svake som deres svakeste ledd.
Dette er bare halve sannheten. Dere er også like sterke som deres sterkeste ledd.
Å måle dere etter deres minste gjerninger er som å dømme havets storhet etter skummets svakhet.
Å dømme dere etter deres feil er å fordømme årstidene for deres ustadighet."*

Fra "Profeten", Khalil Gibran

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innledning	5
Del 1: Bakgrunn	8
Definisjoner av positiv psykologi	8
Hva omfatter positiv psykologi?	10
Bakgrunnen for positiv psykologi	12
Del 2: Metamodeller	15
Den medisinske modellen for psykoterapi	15
Empirisk støttede terapiformer	18
Frank og Franks modell	20
Morris' metamodell for psykoterapeutisk teori	21
Modellens strukturelle komponenter	22
Typer av psykoterapeutisk integrering	25
Del 3: Anvendt positiv psykologi	28
Velvære-terapi	30
Positiv psykoterapi	33
Positiv terapi	38
En klinisk tilnærming til posttraumatisk vekst	41
Del 4: Diskusjon	45
En gjennomgang av funnene	45
Forslag til et nytt ritual – det positive ritualet	47
Nytt ritual – gamle myter	49
Avslutning	50
Referanser	52

Innledning

Det har lenge vært et paradoks at psykologien har vært mer opptatt av sykdom og lidelse enn av velvære og god mental helse i studiet av menneskelig atferd og fungering. Skjevheten i fokuset kan spores til de historiske føringene som har blitt lagt i utviklingen av psykoterapi fra medisinsk forskning og psykiatri. Tradisjonen i våre vestlige helsesystemer har blitt slik at det er de mer presserende omstendighetene og problemene som nødvendigvis blir fulgt opp først. Kunnskapen om behandling av symptomlidelser og personlighetsproblematikk er i dag omfattende, og flere behandlingsmetoder har fått betydelig empirisk støtte (se Chambless et al., 1998; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Det har parallelt med disse funnene blitt forsket på flere nye og spennende teoretiske fenomener som omhandler mennesket, blant annet de som positiv psykologi fokuserer på.

Jeg har med nysgjerrighet og en smule skepsis sett hvordan fenomenet 'positiv psykologi' har blomstret de siste årene, både som et fenomen i tidsskrifter, seminarer og artikler, men også som en psykologisk bevegelse med et faglig budskap. Forkjemperne understreker at de søker å føre fokuset tilbake til temaer som har blitt nedprioritert og som er viktige å gjenoppta fokuset på. De uttrykker at positiv psykologi skal gjenopprette skjevbalansen innen psykologien.

Snyder og Lopez avslutter sin "*Handbook of Positive Psychology*" med et positiv psykologisk manifest som et håpefullt uttrykk for bevegelsens samlede "Declaration of Independence":

"Although many of the ideas central to the field predate the emergence of the positive psychology movement, only now – in response to the movement and with resources like this handbook – have these various ideas been united under the common mission of developing the science of human flourishing. To realize that promise fully, the field needs to broaden the range of phenomena targeted for study." (Snyder & Lopez, 2005, s. 763-764).

Forkjempere for positiv psykologi har uttrykt et ønske om å utvide perspektivet på mennesker i forhold til den medisinske modellen og dens fremtredende teoretiske fundament i dagens psykologi (Aspinwall & Staudinger, 2002; Mollen, Ethington & Ridley, 2006; Peterson, 2006; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Studier av subjektive opplevelser, tankeprosesser og

handlingsmønstre, individuelle trekk og karakteristikk og mellommenneskelige og samfunnsmessige relasjoner som fremhever det behagelige, gode og meningsfylte i mennesket, har begynt å finne sin plass i den tradisjonelle forskningskulturen.

Kritikere har underveis kommet med tilbakemeldinger. 'Positiv psykologi' er et flertydig begrep uten særlig substans. Resten av psykologien fremstilles som negativ. Det positive er ikke nødvendigvis så positivt som de fremhever. Positive psykologer har et verdigrunnlag som de benekter eller i beste fall skjuler eksistensen til. De har et utydelig metodologisk grunnlag, og forkaster de samme metodene som de selv benytter for å legitimere bevegelsen. "De" er en kult som sverger til en Polyannisering av mennesket og verden.

I all diskusjonen frem og tilbake har mange av mine tanker ikke helt fått rotfeste, og som en følge har jeg ønsket å sette meg litt mer inn i hva positiv psykologi handler om. Hva førte til at vi ble så opptatt av negative aspekter av mennesket for å hjelpe og lindre? Hvorfor positiv psykologi nå? Hva var årsaken til denne skjevbalansen i utgangspunktet? Og hvordan kan en gå fram for å endre fokuset i praksis? Dette er noen av spørsmålene som fikk meg til å ville skrive denne oppgaven.

Denne oppgaven er en teoretisk strukturell gjennomgang av sammenhengen mellom utvalgte varianter av anvendt positiv psykologi og de teoretiske prinsippene som ligger til grunn. Jeg søker å beskrive teorien bak behandlingene ved å se på de underliggende strukturene ifølge den metateoretiske modellen til Morris (2003). En av hensiktene med metamodellen er å kunne analysere psykoterapeutiske teorier (også kalt myter) for å avdekke hvilke kausale prosesser (årsakene til psykologiske fenomener) de legger til grunn for bruken av behandlingsmetoder (også kalt ritualer). Den omvendte prosessen, en slags 'reverse engineering' av metamodellens analysestruktur, kan muligens skape en måte å kartlegge de bakenforliggende teoriene (myten) som legger føringer for hvilke prosesser (ved psykologiske fenomener) behandlingsmetodene (ritualene) er ment å virke på.

Problemstillingen min søker å finne ut om de tre anvendte behandlingsformene bygger på et teoretisk grunnlag som er et reelt alternativ til den tradisjonelle medisinske modellen, eller om de er varianter av den samme behandlingsmodellen som allerede eksisterer som grunnlag for det meste av psykoterapi. Jeg antar dette kan være med på å klargjøre om positiv psykologi fremstår som et alternativ til den medisinske modellen i praksis.

Jeg har en tanke om at tidligere psykoterapeutiske tradisjoner la grunnlaget for mye av det som positiv psykologi ønsker å bidra med av nyvinninger i dag, og at positiv psykologi ikke nødvendigvis representerer noen ny psykoterapeutisk retning, men at bevegelsen i praksis kan gi viktige bidrag til den psykoterapeutiske behandlingstradisjonen.

Jeg begynner oppgaven med å gå gjennom forskjellige definisjoner på positiv psykologi og hva positiv psykologi inneholder. Deretter viser en historisk gjennomgang av bakgrunnen for retningen utviklingen av den medisinske behandlingsmodellen som grunnlag for dagens psykoterapi. Videre presenterer jeg Frank og Franks metamodell som danner grunnlaget for Morris metamodell som jeg vil benytte i den strukturelle gjennomgangen. En gjennomgang av tre terapeutiske behandlingsmetoder innen den positive psykologien fører til en drøfting av de strukturelle elementene som inngår før en teoretisk oversikt utledes og vurderes i lys av problemstillingen.

Flere av begrepene som er omtalt i oppgaven overlapper i stor grad, og en kort begrepsavklaring kan være på sin plass for å unngå forvirring og unøyaktighet. Den "positive psykologiske retningen" og den "positive psykologiske bevegelsen" refererer til det samme fenomen som "positiv psykologi", som defineres nærmere i selve oppgaven. "Den medisinske modellen" (Wampold, 2001) og "sykdomsideologien" (Maddux, 2005) overlapper i denne oppgaven. "Anvendt positiv psykologi" (Linley & Joseph, 2004), "positiv klinisk psykologi" (Maddux, Snyder & Lopez, 2004) og "positiv psykologi i praksis" er ment å omhandle de samme behandlingsformene mer generelt. "Positiv terapi" (Joseph & Linley, 2006) er en egen spesifikk terapeutisk retning. "Positiv psykoterapi" (Seligman, Rashid & Parks, 2006) er også et eget behandlingsopplegg som ikke refererer til det samme som de andre begrepene ovenfor.

Del 1: Bakgrunn

Jeg ønsker å begynne omhandlingen av positiv psykologi med noen ord om dens bakgrunn i psykologisk tradisjon. Denne leder frem mot utviklingen av den medisinske metamodellen, som jeg presenterer i den neste delen. Både den teoretiske, historiske og metateoretiske bakgrunnen vil altså bli gjennomgått.

Definisjoner av positiv psykologi

Positiv psykologi har blitt definert på mange måter. Seligman og Csikszentmihalyi (2000) definerer positiv psykologi som studiet av det positive i livet og hvordan man kan fremme de aspektene som gjør livet verdt å leve. Gable og Haidt beskriver positiv psykologi som "the study of the conditions and processes that contribute to the flourishing or optimal functioning of people, groups, and institutions" (2005, s. 103). Peterson definerer positiv psykologi som "the scientific study of what goes right in life, from birth to death and at all stops in between" (2006, s. 4). Positive psykologer ønsker ifølge Held (2004) å studere det som er godt og dydig ved menneskenaturen. Nakamura og Csikszentmihalyi (2002) mener positiv psykologi spenner over mangfoldige eksisterende, fremvoksende og tenkte forskningsprogrammer, og handler om en rekke styrker eller dimensjoner av positiv fungering, som optimisme, håp, resiliens, visdom, lykke, kreativitet, indre motivasjon og flyt. De fremhever at dette voksende paradigmat tilføyer et annerledes perspektiv til disiplinen enn de fleste psykologer har for vane å bruke.

Seligman og Csikszentmihalyi (2000) understreker også at psykologi er mer enn bare en gren av medisin opptatt med studiet av patologi, svakhet og skade, men også studiet av styrker og dyder. Behandling handler dermed om mer enn å bare fikse det som er ødelagt, det handler om arbeid, utdanning, innsikt, kjærlighet, vekst og lek. Målet til positiv psykologi er da å studere "the other side of the coin" (Gable & Haidt, 2005, s. 105), altså hvordan vi føler glede, viser altruisme, og skaper lykkelige familier og institusjoner som fremmer hele spekteret av menneskelige opplevelser og erfaringer.

Kritikken mot positiv psykologi har i stor grad handlet om hvorvidt det snakkes om noe substansielt eller om fenomenene som beskrives er luftige begreper som vanskelig kan teoretiseres, konkretiseres og anvendes i forskning og praksis. I den sammenhengen har blant

annet Lazarus (2003) rettet skarp kritikk mot Snyder og Lopez sin (på daværende tidspunkt første versjon av håndboken, publisert i 2002) "Handbook of positive psychology" (Snyder & Lopez, 2005), som han mener ble skrevet for prematurt i positiv psykologis livsløp og at de ikke har god nok vitenskapelig dekning til å forklare fenomenene som omtales.

Seligman og Csikszentmihalyi (2000) ønsker tydelig å understreke at positiv psykologi ikke baserer seg på overfladiske fenomener som ønsketenkning, tro eller selvbedrag i sin søken etter det beste. Gable og Haidt (2005) er enige med Seligman og Csikszentmihalyi i at positiv psykologi ikke handler om å benekte de smertelige, ubehagelige eller negative aspektene ved livet, og at den heller ikke forsøker å se verden med et rosenrødt blikk. De understreker at de som studerer positiv psykologiske fenomener anerkjenner at det eksisterer menneskelig lidelse, egoisme, dårlig fungerende familiesystemer og ineffektive institusjoner (Gable & Haidt, 2005). Sheldon og King definerer i den sammenhengen positiv psykologi på en litt annen måte:

"the scientific study of ordinary human strengths and virtues. Positive psychology revisits 'the average person', with an interest in finding out what works, what is right, and what is improving." (Sheldon & King, 2001, s. 216).

Sheldon og King ser altså positiv psykologi som "simply psychology" (2001, s. 216), altså at den handler om å beskrive de typiske strukturene og naturlige funksjonene ved det som studeres (altså mennesket), noe de mener de andre natur- og samfunnsvitenskapene gjør. De peker på to forhold de mener er viktige for positiv psykologi å møte. Det ene er hva som er karakteristisk ved effektivt fungerende mennesker som tilpasser seg og bruker sine evner på en vellykket måte. Det andre er å forklare hvordan størstedelen av befolkningen klarer å leve et liv med verdighet og mening på tross av motgang og vansker.

Folk flest vurderer nemlig seg selv som lykkelig og fornøyd med livet i overveldende grad, og har det bra på tross av den høyst reelle virkningen som negative hendelser har på oss i våre liv (Diener & Diener, 1996). Myers (2000) nevner en studie utført av Ed Diener, hvor undersøkelser om blant annet subjektivt velvære ble samlet inn fra 1,1 millioner mennesker fra 45 land. Diener tilpasset resultatene til en skala fra 1 (veldig ulykkelig eller misfornøyd) til 10 (veldig lykkelig eller fornøyd) og fant at verdenssnittet ble på 6,75.

Gable og Haidt (2005) mener psykologer tradisjonelt sett har en tendens til å overse den mer oppløftende siden ved folks liv og erfaring, og at en da mister et aspekt ved de faktiske forholdene som størstedelen av mennesker og grupper er en del av. Maddux (2005) mener positiv psykologi fremmer at det er på tide å korrigere den skjevbalansen som den medisinske sykdomsmodellen står for, og utfordre de standhaftige antagelsene som den har hatt så lenge. Seligman og Csikszentmihalyi mener oppdraget til positiv psykologi er å skape en endring i psykologiens fokus fra "preoccupation only with repairing the worst things in life to also building positive qualities" (2000, s. 5). Peterson uttrykker målet for positiv psykologi slik:

"the contribution of contemporary positive psychology has been to provide an umbrella term for what have been isolated lines of theory and research and to make the self-conscious argument that what makes life worth living deserves its own field of inquiry within psychology, at least until that day when all of psychology embraces the study of what is good along with the study of what is bad" (2006, s. 6).

Målet kan uttrykkes som at positiv psykologi prøver å tilpasse det beste i den vitenskapelige metoden til de unike problemene som menneskelig atferd frembyr for å prøve å forstå dem i all sin kompleksitet (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Hva omfatter positiv psykologi?

Positiv psykologi fokuserer på flere nivåer av positive fenomener, og jeg tenker det kan være hensiktsmessig med en oversikt over hvordan den vanlige inndelingen av positive psykologiske fenomener er. Kartleggingen av positive psykologiske fenomener har vokst veldig de siste årene. En grunn til veksten i omfang er at forskningsmetodene har blitt mer avanserte i nyere tid, slik at mulighetene for å være grundigere i kartleggingen av tidligere rent introspektive og subjektive opplevelser nå er større og mer metodologisk fundamentert (Joseph & Linley, 2006).

Martin Seligman og Mihaly Csikszentmihalyi er to av de store mennene bak positiv psykologi som bevegelse. De har delt positiv psykologi inn i tre nivåer, som Seligman (2002) kaller grunnpillarene i positiv psykologi. Denne inndelingen har til nå vært den vanligste måten å

dele 'positive' fenomener inn på. Taksonomien ble utviklet for ca 10 år siden og er relativt ny. Det innebærer at den ikke har stor forskningsmessig dekning, og det metodologiske grunnlaget består for det meste av kildeanalyse, historiske begreper, spørreundersøkelser, intervjuer, teorier og erfaringssamplings-metoden (Peterson, 2006). Det virker ikke som vitenskapelig validitet er viktigst i denne taksonomien, noe jeg mener kan sees som en reaksjon mot den vestlige vitenskapelige måten å studere og kategorisere mennesker på ut fra den medisinske modellen, som jeg kommer tilbake til i neste del av oppgaven. Om listen over positive fenomener kan gjøres lengre eller ordnes ved en annen taksonomi er fortsatt et åpent spørsmål, og det eksisterer en del uenighet rundt kriteriene og innholdet blant forskere og teoretikere (Lazarus, 2003). En gjennomgang av hvert nivå med de viktigste tilhørende fenomenene kunne utgjort en hel bok (se Snyder & Lopez, 2005; Snyder & Lopez, 2007), så jeg nøyer meg med en rask oppsummering. Jeg kommer heller tilbake til begreper senere relatert til problemstillingen.

Det subjektive nivået: subjektive opplevelser. Det *subjektive nivået* handler om de rent subjektive opplevelsene vi verdsetter. Det gjelder velvære, tilfredshet og tilfredsstillelse, flyt (Csikszentmihalyi, 1990), håp (Snyder, 2000) og optimisme (Peterson, 2000; Seligman, 1991). Det kan dreie seg om lykke, nytelse, tilfredsstillelse og fullbyrdelse ('fulfillment') (Peterson, 2006). Inndelingen i subjektivt, hedonisk velvære og psykologisk, eudaimonisk velvære hører til på dette nivået (Ryan & Deci, 2001).

Det individuelle nivået: personlige karakteristikk. Det *individuelle nivået* fokuserer på positive individuelle trekk: evnen til kjærlighet og arbeid, mot, interpersonlige evner, estetisk følsomhet, utholdenhet, tilgivelse, originalitet, fremadrettethet, spiritualitet, talent og visdom (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Nivået dreier seg om karakterstyrker, talenter, interesser og verdier (Peterson, 2006). Et godt eksempel er kreativitet (Csikszentmihalyi, 1996; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Peterson og Seligmans (2004) taksonomi "Values in Action Classification of Strengths", hvor de såkalte karakterstyrkene er delt opp i 24 typer fordelt på seks dyder, utgjør den fremste klassifiseringen for styrker som eksisterer i dag. Taksonomien og tilhørende utrednings-instrumenter er under kontinuerlig utvikling slik at nye versjoner vil dukke opp etter hvert.

Det sosiale gruppenivået: positive institusjoner. *Gruppenivået* dreier seg om de samfunnsmessige institusjonene som fremmer de andre to nivåene, og gjør oss til bedre

samfunnsborgere. Slike positive institusjoner fremmer ansvar, god oppdragelse, høflighet, moderasjon, toleranse og arbeidsmoral (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Noen eksempler på slike institusjoner er personlige forhold (relasjoner), familier, skoler, arbeidsplasser, fellesskap og organisasjoner (Peterson, 2006).

Bakgrunnen for positiv psykologi

Ifølge Seligman og Csikszentmihalyi (2000) hadde psykologien som vitenskap og profesjon tre mål før andre verdenskrig: å kurere mentale lidelser, gjøre alle menneskers liv mer produktive, og identifisere og fremme talent. Eksempler på tidlige studier med et positivt psykologisk fokus er Termans studier av begavethet og ekteskapelig lykke, Watsons arbeider om effektiv foreldreomsorg og Jungs arbeide med søken etter og oppdagelse av mening i livet (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). William James skrev i 1902 om det han kalte 'healthy mindedness', Allport var interessert i positive menneskelige trekk på 50-tallet og Maslow foretrakk studiet av sunne og friske mennesker heller enn syke på slutten av 60-tallet (Gable & Haidt, 2005). Seligman et al. (2006) nevner at Maslow utviklet begreper om individualisering, selvrealisering og 'peak experiences', Rogers dannet seg et bilde av det fullt fungerende mennesket, Allport var opptatt av modenhet og Jahoda fokuserte på positiv mental helse så tidlig som på 50-tallet. Fava (1999) nevner at Parloff på 50-tallet fremmet at psykoterapi skulle handle om å øke personlig komfort og effektivitet heller enn å redusere symptomer, mens Ellis og Becker lagde sin "Guide to Personal Happiness" tidlig på 80-tallet.

Listen over kan sees på som noen av de få unntakene fra den høyst dominerende tilstedeværelsen av problemer, sykdom, lidelse og symptomer som etter hvert har dominert psykologiens fokus. Maddux og kolleger (2004) har oppsummert hvordan sykdomsideologien i den moderne kliniske psykologien kan spores tilbake til disiplinens spede begynnelse. Freud introduserte tidlig på 1900-tallet sin psykoanalytiske teori med fokus på skjulte intrapsyriske prosesser og underliggende seksuelle og aggressive drifter. Treningssentre og standarder for den praktiske opplæringen av kliniske psykologer var de første tiårene tilknyttet psykiatriske sykehus og klinikker under ledelse av psykiatere, basert på biologiske og psykoanalytiske modeller. Etter krigen ble psykologiens virksomhet endret av to store, økonomiske hendelser. Veterans Administration ble grunnlagt i USA i 1946 og ble en inntektskilde for tusenvis av psykologer som sa seg villig til å behandle mentale lidelser hos tilbakekomne krigsveteraner

(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). United States National Institute of Mental Health (NIMH) ble grunnlagt i 1947 og begynte å gi millioner av dollar i tilskudd til forskning på menneskelig patologi og behandling av mentale lidelser. Den praktiske retningen for klinisk psykologi ble ugjenkallelig formet i lys av den dominerende medisinske modellen (Maddux et al., 2004). I Storbritannia ble klinisk psykologi introdusert under Hans Eysenck ved Institute of Psychiatry, som var preget av amerikanske opplæringsprogrammer basert på kognitive atferdsmessige tilnærminger til terapi som fremhevet "scientist-practitioner" modellen. Det siste store steget ble tatt på American Psychological Associations konferanse i Boulder, Colorado, 1950. Her ble det utviklet standarder for psykologopplæringen som ifølge Maddux og kolleger (2004) ukritisk tok til seg den medisinske modellen og gjorde sykdomsideologien til fundamentet for klinisk psykologi, med fokus på et psykiatrisk hegemoni og med medisinske begreper og språk. Følgen ble at klinisk psykologi fikk et fokus på diagnoser og behandling av forstyrrelser som baserte seg på den medisinske sykdomsmodellen i form og metode (Maddux, 2005).

Disse institusjonene førte fordeler med seg, blant annet store fremskritt i forståelsen og behandlingen av mentale lidelser. I etterkant har minst 14 forstyrrelser som tidligere var vanskelig å behandle nå blitt mulig å helbrede eller redusere betydelig (Seligman, 1994). Gable og Haidt (2005) poengterer at psykologien som vitenskap gjorde store fremskritt i å forstå hva som kan gå galt hos mennesker, familier, grupper og institusjoner, men at fremskrittene skjedde på bekostning av forståelsen av det som fungerer og er bra ved folk. Baksiden av utviklingen ble dermed at de to andre grunnleggende målene i psykologi, å gjøre mennesker mer produktive og å utvikle stort talent, nærmest ble glemt (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En kjent metafor sier eksempelvis at psykologien i 50 år har vært opptatt av å lære hvordan mennesker kan hjelpes fra minus til null, men ikke har vært så god på å forstå hvordan folk går fra null til pluss (Gable & Haidt, 2005). Psykologer har altså, i likhet med helsevesenet, investert mye i å identifisere nærliggende årsaker for mentale lidelser og skape effektive terapier for de som allerede lider under dem. Dette har gått på bekostning av oppbyggingen av mer langvarige buffere mot mentale lidelser som personlige styrker, sosiale forbindelser og forebygging på befolkningsnivå (Keyes & Lopez, 2005).

Det var ikke bare valget av forskningstemaer som ble påvirket, også de underliggende antagelsene om psykologer endret seg. Psykologene begynte å se seg selv som underlagt helsesystemet, og psykologien ble det Seligman og Csikszentmihalyi kaller en "victimology"

(2000, s. 6). Psykologer begynte å se mennesker som passive mottagere av ytre stimuli som styrker og svekker responsene, med drifter, behov, instinkter og konflikter fra barndommen som styrende krefter, og psykoterapeuter behandlet de mentale forstyrrelsene innen et medisinsk rammeverk ved å fokusere på å reparere skadede vaner, drifter, barndommer og hjerner. Fokuset skiftet til å måle og kurere individuell lidelse, slik at forskningen på psykologiske forstyrrelser og omgivelsenes negative effekter ble viktigst (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

På 60-tallet startet den humanistiske tradisjonen med Carl Rogers og Abraham Maslow i spissen å skape et nytt perspektiv utover de kliniske og atferdsmessige tilnærmingene som hadde dominert frem til da. Den fikk en stor effekt på kulturen og innebar store lovnader for fremtiden. Men den humanistiske psykologien fikk aldri bygget opp et solid empirisk grunnlag, og selv om den mot 70-tallet ble svært populær i psykoterapeutisk sammenheng har den appellert lite til forskningens strenge metoder for studier av mennesket (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Forkjempere for humanistisk psykologi gikk i fenomenologisk retning, mens de akademiske psykologene utviklet den empiriske forskningen til den nye kognitive atferdsmessige metoden (Joseph & Linley, 2006). De nye kognitive tilnærmingene ble ”manualisert” og studert vitenskapelig for å avdekke ”oppskriften” for effektiv terapi. Den humanistiske terapien stod etter hvert igjen med sitt fokus på den terapeutiske alliansen og andre mindre operasjonaliserbare faktorer, og passet ikke inn i de nye vitenskapelige metodene. Resultatet ble at den medisinske behandlingsmodellen vokste frem, mens humanismen og den personsentrerte bevegelsen nærmeste ble til en historisk fotnote på 80- og 90-tallet.

Del 2: Metamodeller

Et godt utgangspunkt for å studere psykoterapeutisk praksis kan være å utlede metamodeller som beskriver grunnlaget. Jeg mener det er vesentlig å kunne skille mellom metateoretiske modeller fordi de legger føringer for hvordan vi tolker hva som ligger i og definerer psykoterapiens natur. Metamodeller legger føringer for hvordan teorier benyttes av terapeuter, hvilke faktorer for endring som anses som viktigst, og hva slags praktiske føringer denne underliggende kunnskapen legger på psykoterapi.

Det er to typer av metateorier jeg ser som relevante. Den ene er den medisinske behandlingsmodellen som kan utledes fra praktisk tradisjon og forskning. Den andre bygger på de teoretiske tradisjonene og er en metamodell for psykoterapeutisk teori. Det fremstår for meg som en fordel å ha kjennskap til strukturen i begge og vite at de eksisterer og kan påvirke innen teori, forskning og praksis. En sunn refleksjon om hver av dem og hvordan de er bygget opp kan være et godt utgangspunkt for å finne styrker og svakheter i psykoterapien.

Den medisinske behandlingsmodellen vil i denne oppgaven representere tradisjonell psykoterapi. Modellen utgjør den historiske bakgrunnen mens de andre metamodellene som jeg vil presentere utgjør det teoretiske grunnlaget for gjennomgangen av de positive psykologiske behandlingsformene senere i oppgaven.

Den medisinske modellen for psykoterapi

Dagens psykoterapeutiske tradisjon følger i stor grad strukturen i det Wampold (2001) kaller 'den medisinske modellen'. Tradisjonen utviklet seg historisk sett av teoretiske og økonomiske grunner. På 50- og 60-tallet stilte folkehelsebevegelser og psykologer i USA krav om at rimeligere psykoterapi ble gjort allment tilgjengelig, noe som stilte krav om effektivitet i terapi og økte kritikken mot langvarig psykoanalyse (Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Det økonomiske presset for å redusere kostnadene ved et vidt tilgjengelig behandlingstilbud gjorde at bruken av korttidsterapi økte kraftig, og mot 90-tallet økte fokuset på standardisering av og effektivitet i behandlingen (Wampold, 2001). Fremveksten av kognitiv atferdsterapi og den økende spesifisiteten i American Psychiatric Associations (2000) diagnostiske utredningsmanual DSM-IV-TR førte til økt interesse for spesifikke behandlinger

av spesifikke problemer og forstyrrelser (Lambert et al., 2004). Etter hvert ble diagnostisk utredning en forutsetning for medikamentell behandling og økonomisk kompensasjon i helsevesenet, og psykiatrien svarte med å utvikle diagnoserelaterte psykofarmakologiske behandlinger. 'Den medisinske modellen' ble dermed til grunnlaget for behandlingen av mentale lidelser (Wampold, 2001). Heretter vil jeg referere til den medisinske metamodellen i psykoterapien som 'den medisinske behandlingsmodellen'.

Ifølge Wampold (2001) består den medisinske behandlingsmodellen av fem komponenter.

1) Klienten konseptualiseres som å ha en forstyrrelse, et problem eller en plage. De psykoterapeutiske taksonomiske analogene til medisinsk symptomutredning er DSM-IV-TR i USA (American Psychiatric Association, 2000) og ICD-10 i Europa (World Health Organization, 1992). Hensikten er at det skal eksistere et system for å identifisere aspekter som kan bli gjenkjent og jobbet med på tvers av terapeutiske tilnærminger. I helsevesenet skal det som standard settes en diagnose selv om utredningen ikke gir godt grunnlag for det.

2) Terapeuten fremmer en psykologisk forklaring på klientens forstyrrelse, problem eller plage. Terapeuten kan ta utgangspunkt i en av mange terapeutiske tilnærminger med særegne teoretiske forklaringer på forstyrrelsen.

3) En forklaring gis på hvilke endringsmekanismer som virker, hvor den medisinske modellen antar at de psykoterapeutiske tilnærmingene har utviklet egne forklaringer ut fra sitt teoretiske grunnlag og behandlingsperspektiv.

4) Hver psykoterapeutiske retning tenkes å bruke særegne, spesifikke terapeutiske handlinger, tiltak eller teknikker i terapien. De forskjellige retningene kan utvikle og bruke behandlingsmanualer for å forklare teknikkene i detalj, og slike manualer har oppnådd god støtte i dagens psykoterapeutiske praksis (Chambless, 1993; Norsk Psykologforening, 2007).

5) Den siste kritiske komponenten er spesifisitet og antyder at de spesifikke terapeutiske ingrediensene er forebyggende for forstyrrelsen, problemet eller klagen. Terapiteknikkene regnes altså som nødvendige og ansvarlige for klientens endring og fremgang mot de terapeutiske målene. Spesifisiteten impliserer at de spesifikke effektene (i form av teknikker) er større enn de tilfeldige effektene (altså visse menneskelige variabler) i psykoterapi, noe jeg kommer tilbake til senere.

Det er viktig å presisere forskjellen mellom den rent medisinske modellen innen medisin og den medisinske behandlingsmodellen innen psykoterapi. Innen medisin utgjør fysiokjemiske reaksjoner på medisiner de spesifikke effektene. Tilfeldige effekter, kalt placeboeffekter,

anerkjennes som ikke-fysiokjemiske (altså psykologiske) prosesser, men regnes som uinteressante. Behandlingsforskningen forsøker derfor å fjerne effekten av tilfeldige faktorer. Begrepet 'tilfeldige' ('incidental') effekter sier i seg selv mye om hvordan virkningen prioriteres. Den psykoterapeutiske modellen kan sees som analog til den medisinske, heller enn en direkte overføring. Et viktig aspekt ved forskjellen mellom modellene er at psykologiske analogier til medisinske placebo ikke er så lett å definere. Både spesifikke terapeutiske faktorer og tilfeldige (generelle) faktorer er av psykologisk karakter i den psykoterapeutiske modellen. Dette skaper både teoretiske og empiriske tvetydigheter og gjør det vanskelig å skille mellom dem i praksis. De spesifikke effektene kan ikke virke uten at tilfeldige ingredienser virker samtidig, fordi det alltid er en terapeutisk relasjon til stede som påvirker hvordan de spesifikke faktorene fungerer (Wampold, 2001).

Maddux og kolleger (2004) mener den medisinske modell og sykdomsideologien i klinisk psykologi er bygget på fire grunnleggende antagelser: 1) Klinisk psykologi er fokusert på psykopatologi – avvikende, anormal og mistilpasset atferd og emosjonell forhold. Fokuset er ikke på å fremme mental helse, men å lindre mental sykdom. 2) Psykopatologi, kliniske problemer og kliniske befolkninger avviker i *type* ('kind'), ikke bare i grad, fra normale problemer, ikke-kliniske problemer og ikke-kliniske befolkninger. De er uavhengige og distinkte elementer i en *kategorisk modell*. 3) Psykologiske forstyrrelser er analoge til biologiske eller medisinske sykdommer i det de reflekterer indre forhold i individet ('sykdomsanalogien') heller enn i personens interaksjon med sine omgivelser. 4) Følgene av sykdomsideologien er at den kliniske psykologens rolle er å identifisere (diagnostisere) forstyrrelsen i personen (pasienten) og foreskrive en intervensjon (behandling) for å eliminere (kurere) den indre forstyrrelsen. Disse intervensjonen kalles *behandling* eller *terapi*, i motsetning til andre former for vellykket påvirkning, som den fra familie, venner, lærere og andre nære personer.

Ifølge Maddux et al. (2004) vil en ukritisk tilegnelse av sykdomsideologien bestemme klinisk psykologisk funksjon og omfang på tre grunnleggende måter: 1) Den fremmer dikotomien mellom normal og abnormal atferd, mellom kliniske og ikke-kliniske problemer, og mellom kliniske og ikke-kliniske befolkninger. 2) Den plasserer menneskelig mistilpasning i personen, heller enn i personens interaksjon med sitt miljø og møtet med sosiokulturelle verdier og sosiale institusjoner. 3) Den fremstiller mennesker som søker hjelp som ofre for intrapsyke og biologiske krefter utenfor deres kontroll, og gjør dem dermed til passive

mottakere for en eksperts omsorg.

Den medisinske modellen fokuserer mest på de kroppslige, fysiske aspektene av mennesket, og fungerer bra i fysisk og medisinsk behandling, men får store følger når psykoterapeutisk forskning bruker det samme grunnlaget i vurderingen av behandlingseffekter. Utviklingen av empirisk støttede terapiformer, som i stor grad er bestemt av de samme forskningskriteriene som innen medisin, bidrar til å gjøre psykoterapien medisinsk, og sørger for å opprettholde den medisinske modellen.

Som nevnt i den historiske gjennomgangen tidligere førte den vitenskapelige metoden til at visse behandlingsformer ble prioritert høyere enn andre i forskningen. Når evidensbasert praksis nå begynner å bli et ganske vanlig fenomen, er det viktig å se på hva den består av og hvilket grunnlag den legger for vurderingen av ”effektiv” psykoterapi.

Empirisk støttede terapiformer

I 1993 satte Division of Clinical Psychology (Division 12) i den amerikanske psykologforeningen (APA) seg fore å utvikle kriterier for hva som utgjør empirisk støtte for behandlingsformer. Rasjonalet var at APA måtte fremheve styrken i hva psykologer har å tilby, altså psykoterapeutiske behandlingsformer med en påvist effekt, om klinisk psykologi skulle overleve i det dominerende systemet til den biologiske psykiatrien (Chambless, 1993). Deres mål ble å opplyse kliniske psykologer, tredjeparts bidragsytere og offentligheten om effektive former for psykoterapi. Listen skulle gjøre psykologer i stand til å vise at psykologisk behandling kan møte krav om dokumenterbar effekt på lik linje med de som legevitskapen stiller til sin virksomhet (Chambless, 1993).

Kartleggingsarbeidet resulterte i en høyt kontroversiell liste over psykoterapeutiske behandlingsformer som arbeidsgruppen mente møtte kriteriene for forskjellige nivåer av empirisk støtte. Listen ble på 18 såkalt veletablerte terapiformer, deriblant kognitiv atferdsterapi for panikkklidelse, eksponeringsbehandling for agorafobi, atferds-, kognitiv- og interpersonlig terapi for depresjon, atferdsbasert ekteskapsterapi med flere (for hele listen, se tabell bakerst i Chambless, 1993). Disse ble senere oppdatert flere ganger med nye veletablerte og sannsynlig effektive terapiformer (se tabell bakerst i Chambless et al., 1998).

Flere artikler kommenterte fremstillingen som problematisk og mente den ikke tok nok hensyn til klient-, terapaut- og relasjonsvariabler, og ga en snever fremstilling av behandlinger for forskjellige tilstander og problemer (se bl.a. Garfield, 1996; Havik & VandenBos, 1996; Shapiro, 1996). En annen kritikk kom fra terapeuter som mente gruppen strukturerte inklusjonskriteriene på en rigid måte som mest av alt fulgte gruppens egne interesser for høyt strukturerte behavioristiske og kognitive korttidsbehandlinger (Lambert, Bergin & Garfield, 2004).

Wampold (2001) har i omhandlingen av sine meta-studier tatt opp denne problematikken. Han forklarer at de empirisk støttede terapiformene faller tydelig sammen med den medisinske modellen fordi det kreves diagnostiske vurderinger, at de er manualbaserte og har høy spesifisitet. Manualer skal standardisere behandlingen i kliniske forsøk og dermed bidra til å redusere variabiliteten i den uavhengige variabelen så mye som mulig. Manualer skal også sørge for at terapeutene utøver de spesifikke ingrediensene riktig i forhold til teorien bak. Manualer gjør det mulig for forskere å vise forskjellene i prosedyrer mellom alternative behandlingsformer, og slik standardisering er påkrevd i studier av klinisk effekt. Behandlingsmanualer kreves dermed for at forskningsstudier skal få finansiering og bli publisert. Et viktig poeng er at de typiske komponentene i disse manualene er påfallende likt strukturert som komponentene i den medisinske modellen (Wampold, 2001). Konsekvensen har blitt at den underliggende modellen og dermed kriteriene skaper en favorisering mot kognitive og atferdsbaserte terapier som lettere kan manualiseres og struktureres, heller enn humanistiske, psykodynamiske og andre behandlingsformer. Det at for eksempel kognitiv atferdsbasert terapi får støtte er ikke galt i seg selv, men gjør at andre effektive behandlingsformer blir nedprioritert forskningsmessig, og dermed kan bli tolket som at de har mindre effekt.

Psykoterapiforskere har i ettertid kommet med kritikk mot det unyanserte skillet mellom efficacy- og effectivenessforskning (se f.eks. Andrews, 2000; Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996; Lutz, 2003). De påpeker at effektiviteten på behandlingsformene målt ved *efficacy*, altså effekten av behandlinger utført under strikte, eksperimentelle forhold, ble tolket som å være samsvarende med *effectiveness*, altså effektive resultater i en naturlig, klinisk setting. Et viktig poeng her er at det er et skille mellom effekten av en intervensjon i laboratorier og kontrollerte eksperimenter, i forhold til effekten som dyktige terapeuter oppnår

i psykoterapeutisk praksis. Disse to hører ikke nødvendigvis sammen.

Den medisinske modellen i form av empirisk støttede terapiformer kan ha en tendens til å ta for lite hensyn til skillet mellom generelle faktorer, som effekten av terapeuten, klienten og relasjonen, og spesifikke ingredienser, altså teknikkene. Når forskere ikke kontrollerer for generelle faktorer kan årsakene feilaktig tilskrives de spesifikke teknikkene, noe som videreformidles med ringvirkninger. I virkeligheten kan teknikkene dermed ha svak, ingen eller til og med negativ virkning i terapien. En terapeutisk behandling kan altså oppfylle kravene og bli akseptert som en empirisk støttet terapiform selv om den også inneholder tilfeldige, ubrukelige eller endog skadelige ingredienser, så lenge det effekten er signifikant i forhold til kravene.

Ifølge Wampold (2001) vil det å akseptere den medisinske modellen uten å gjøre den forklarende kunne få uheldige konsekvenser. Dette er en del av grunnlaget for kritikken som positiv psykologi fører mot den tradisjonelle forskningen og de terapeutiske teknikkene som bygges på denne. Det er essensielt å være bevisst hvilke grunnleggende antagelser som ligger bak den terapien man utfører, og hvilke føringar disse legger på resultatene som kan oppnås.

Frank og Franks modell

Frank og Frank (1991) mente at formålet med psykoterapi er å hjelpe folk til å fungere og føle seg bedre ved å skape endringer i antagelsene om verden og en gunstigere mening for nye erfaringer. De hevdet at klienter som kommer til psykoterapeutisk behandling er *demoraliserte* og kan ha forskjellige problemer som depresjon og angst. Klientene søker behandling på grunn av demoraliseringen som følger av symptomene heller enn for symptomene i seg selv. De søker behandling fordi de føler seg maktesløse til å endre situasjonen eller seg selv, og klarer ikke å løsrive seg fra problemene. Frank og Frank mente psykoterapi oppnår sine effekter ved å behandle demoraliseringen direkte, mens de underliggende symptomene på psykopatologi behandles indirekte som en følge. Om terapeuten fremmer deres subjektive velvære gjennom remoralisering vil dette tillate dem å mobilisere sine egne ressurser på en måte som fremmer en løsning på problemene og en oppløsning av symptomene. Dette fokuset på å øke klientens egne ressurser heller enn å behandle problemene vil gå igjen som tema gjennom oppgaven.

Frank og Frank søkte felleskomponentene for alle psykoterapeutiske tilnærminger og delte funnene i fire deler. Klienten kan betro seg gjennom *en emosjonelt ladet relasjon* til den hjelpende terapeuten. Konteksten rundt forholdet mellom dem utgjør en legende kontekst ('healing setting') hvor klienten har tro på at terapeuten kan hjelpe til og jobber for klients beste. En *myte*, logisk forklaring, et konseptuelt skjema eller rasjonale gir en rimelig forklaring på klientens symptomer. Basert på myten foreskriver terapeuten et *ritual* eller en prosedyre for å løse dem. Ritualet krever aktiv deltagelse fra både klienten og terapeuten. Det er essensielt at klienten aksepterer rasjonalet, også om rasjonalet er en myte som ikke nødvendigvis er "sann" eller vitenskapelig støttet. Det kritiske er at rasjonalet støtter klientens verdenssyn, holdninger og verdier, eller hjelper klienten til å fungere overens med dem. Klienten må altså tro på behandlingen eller bli ledet til å tro på den. Det er også viktig at terapeuten tror på at prosedyren er en god måte å hjelpe klienten på.

Frank og Frank (1991) identifiserte seks elementer de mener går igjen i forskjellige terapeutiske ritualer. 1) Terapeuten overvinner klientens følelse av fremmedgjøring ved å skape en varig allianse også etter at klienten har åpnet opp for den demoraliserende følelsen. 2) Terapeuten opprettholder klientens forventninger om å bli hjulpet ved å knytte håp om forbedring til terapiprosessen. 3) Terapeuten skaper nye læringserfaringer. 4) Klientens emosjoner vekkes som et resultat av terapien. 5) Terapeuten fremmer klientens følelse av mestring og evne til handling ('self-efficacy'). Og 6) terapeuten skaper muligheter for at klienten kan øve på det som læres (Frank & Frank, 1991).

Morris' metamodel for psykoterapeutisk teori

Morris (2003) har bygget videre på modellen til Frank og Frank (1991) og konseptene myte og ritual. Morris ønsket å skildre den underliggende strukturen til myter og ritualer i en metamodel for psykoterapeutiske teorier. Metamodellen er ment å gjøre det enklere å analyse, sammenligne, kartlegge motsetninger og integrere grunnleggende konsepter og prinsipper på tvers av teorier. Fordi jeg ønsker å kartlegge strukturen i tre forskjellige anvendte varianter av positiv psykologi er denne modellen et godt utgangspunkt for denne gjennomgangen.

Mål for hva modellen kan bidra med. Morris metamodell har som mål å utvide Frank og Franks konsepter om myter og ritualer ved å beskrive strukturen tydeligere. Metamodellen skal være et rammeverk for en presis og grundig analyse av psykoterapeutiske teorier. Den har som hensikt å unngå forvirring og sammenblanding ved å danne et rammeverk som skiller tydelig mellom de strukturelle komponentene i teorier. Morris mener de strukturelle inndelingene som metamodellen postulerer ikke er vanlige i den psykoterapeutiske litteraturen. Morris er nøye på å skille opprinnelse fra de underliggende personkarakteristikkene i seg selv. Disse skilles videre fra psykologiske problemer. Modellen skiller nøye mellom behandlingsmål og de reviderte personkarakteristikker som er nødvendige for å oppnå målene. Metamodellen er også ment å brukes til å analysere teorier for å avdekke fundamentale likheter og forskjeller mellom de grunnleggende konseptene og prinsippene. En metamodell-basert analyse kan avdekke forskjellige teoretiske forklaringer (f.eks. hypotetiserte forbedrede personkarakteristikker).

Den teoretiske metamodellen gir en oversiktlig fremstilling av de viktigste komponentene i psykoterapi, og jeg mener den er en god modell å ta utgangspunkt i for å illustrere forskjellen mellom de tradisjonelle behandlingsformene og teoriene deres, og den behandlingsmodellen som positiv psykologi har begynt å søke gjennom de praktiske variantene som jeg vil omtale senere i oppgaven. Morris' begreper kan være med på å få frem hva positiv psykologi handler om teoretisk ved å se på hva den bidrar med og fokuserer på i praksis. Som Morris sier det selv:

"The metamodel provides a generic means for bridging the gap between theory and practice. Not only is the metamodel useful in applying any theory to a particular case, but it is useful in developing one's own personal theory of psychotherapy" (Morris, 2003, s. 16)

Modellens strukturelle komponenter

Strukturen i myter. Morris (2003) deler myter inn i tre komponenter: psykologiske problemer, dysfunksjonelle personkarakteristikker og opprinnelsen til de personlige karakteristikkene. Morris tenker seg at opprinnelsen til personkarakteristikkene er en medvirkende faktor i utviklingen av dysfunksjonelle karakteristikk, som på sin side er en

direkte kausal forbindelse til psykologiske problemer.

Psykologiske problemer defineres av Morris som ethvert forhold som krever klinisk oppmerksomhet. På det mest grunnleggende nivået består de av atferdsmønstre, fysiologiske reaksjoner, fysisk og verbal atferd, tanker og følelser som assosieres med lidelse ('distress') og svekkelse ('impairment'). Målet med psykoterapi er å endre hvordan klienter tenker, føler og handler, og kan defineres ved kognitive, affektive og atferdsmessige komponenter. Metamodellens perspektiv på psykologiske problemer samsvarer med DSM-IV-TRs tilnærming til definisjoner av mentale lidelser (Morris, 2003).

Dysfunksjonelle personkarakteristikker ('dysfunctional personal characteristics') er de umiddelbare årsakene til psykologiske problemer. Ifølge Morris ser psykoterapeutiske teorier spesifikke individuelle trekk, altså teoriens sentrale personlighetskonstrukt, som årsaken til psykologiske problemer eller psykopatologiske tilstander. Myten forklarer årsaksprosessene ved å beskrive hvordan de dysfunksjonelle personkarakteristikkene fører til psykologiske problemer. Et eksempel er sårbarhets/stressmodellen som forklarer hvordan personkarakteristikkene kan bli aktivert ved at stabile sårbarhetsfaktorer blir påvirket av situasjonsspesifikke stressfaktorer. Den underliggende psykologiske mekanismen består altså av 1) de antatte personkarakteristikkene og 2) prosessen som forklarer hvordan karakteristikkene fører til psykologiske problemer.

Opprinnelsen ('origin') beskrives med en teoretisk forklaring på hvordan de dysfunksjonelle personkarakteristikkene har oppstått på bakgrunn av relevante livsomstendigheter og erfaringer. Morris mener årsaken ofte tilskrives til omgivelsene, men at biologiske og genetiske faktorer også kan bli inkludert. Forklaringen kan inneholde en teori om personlighetsutvikling eller bygge på læringsprinsipper, avhengig av teoriens føringer. Morris mener at denne opprinnelsen ikke har en kausal forbindelse til personkarakteristikkene og psykologiske problemer. Den er heller en medvirkende faktor som er aktiv i bakgrunnen.

Symptomfokuserte og personlighetsfokuserte teorier utgjør ifølge modellen de to hovedtypene av teorier. Symptomfokuserte teorier vektlegger avgrensede mønstre i tenkning, følelser og atferd og ser psykologiske problemer som symptomer eller ytre vansker. Personlighetsfokuserte teorier søker en omorganisering av personligheten eller en karaktermessig endring, og tolker psykologiske problemer som forstyrrelser i personlighet og

karakter. Morris mener at det ikke eksisterer noe psykologisk problem om det ikke oppstår åpenbare problemer. Folk søker behandling for de ytre konsekvensene av problemer, ikke for de hypotetiserte bakenforliggende patologiske årsakene. Metamodellen ser altså den underliggende patologien som årsaken til psykologiske problemer, ikke problemet i seg selv. Slike "symptom-creating propensities" (Morris, 2003, s. 3) er de umiddelbare årsakene til psykologiske problemer.

Strukturen i ritualer. Ifølge metamodellen er teorier om psykopatologiens etiologi et vanlig utgangspunkt for teorier om den kliniske endringsprosessen. Ifølge metamodellen er strukturen i ritualer parallell til strukturen i myter. Intervensjoner virker på dysfunksjonelle personkarakteristikk ved å endre dem (til forbedrede personlige karakteristikk) slik at de påfølgende psykologiske problemene bedrer seg (behandlingsmål).

Intervensjoner er de læringserfaringene eller forholdene som terapeuten fastsetter fordi de er antatt å endre de dysfunksjonelle personlige karakteristikkene som skaper klientens psykologiske problemer. De består av alle de strategiske handlingene til terapeuten, som lytting, samtaleintervju, teoribaserte (spesifikke) teknikker, og den terapeutiske relasjonen blant andre (Morris, 2003). Teorien bak bestemmer hvilke intervensjoner som foreskrives. Teorien angir også hvordan læringsprosessene konseptualiseres, altså de prosessene som utgjør endringene i tenkning, følelser og atferd på bakgrunn av intervensjonene. Den samme intervensjonen kan derfor bli fremstilt på forskjellige måter i forskjellige teorier.

Forbedrede personkarakteristikk skapes ved at de dysfunksjonelle personkarakteristikkene som er ansvarlige for de psykologiske problemene modifiseres. Det er altså de dysfunksjonelle karakteristikkene som er behandlingsobjektene som intervensjoner ønsker å forbedre. Morris henviser til Rosen og Proctors (1981, referanse i Morris, 2003) begreper *ultimale utfall* ('ultimate outcomes') og *instrumentelle utfall* ('instrumental outcomes').

Ultimale utfall er behandlingsmålene, mens *instrumentelle utfall* er de forbedrede personkarakteristikkene som fører til de ultimale resultatene. Ifølge metamodellen er skillet mellom disse to faktorene viktig for å kunne forklare teorier på en klarere måte, fordi diskusjoner om teorier ofte kan forveksle forbedrede personkarakteristikk med behandlingsmålene. Jeg tenker en slik konseptuell sammenblanding er viktig å unngå når jeg senere prøver å forstå hvordan det teoretiske rasjonalet, myten, bak de anvendte positive psykologiske behandlingsmetodene er strukturert.

Behandlingsmålene i terapien er de ønskede kliniske resultatene som blir definert på bakgrunn av de psykologiske problemene. Ritualene følger samme strukturen som myter ifølge metamodellen, slik at de beskrives i form av ønskede mønstre i tenkning, følelser og atferd.

På bakgrunn av denne modellen vil jeg gjennomføre analysen senere. Som en del av diskusjonen vil jeg analysere de positiv psykologiske behandlingsformene ved hjelp av prinsippene i Morris metamodell, som er utledet fra de tradisjonelle behandlingsformene. I sammenheng med strukturen på behandlinger kan det være viktig å ha kjennskap til de forskjellige formene for integrering i psykoterapeutisk praksis.

Typer av psykoterapeutisk integrering

Goldfried (1980) deler terapeutiske faktorer inn i tre teoretiske abstraksjonsnivåer. Det øverste består av et overordnet teoretisk rammeverk eller filosofisk standpunkt. Det laveste nivået består av terapeutiske teknikker og kliniske prosedyrer. Mellom disse nivåene plasserte han *kliniske strategier* eller *endringsprinsipper*. Goldfried mente det var mest hensiktsmessig å ha fokus på det midterste nivået som kliniske retningslinjer for hvordan en bør utføre terapi. Arkowitz (1992) skiller tilsvarende mellom tre forskjellige terapeutiske integreringstyper hos terapeuter som ikke følger bare én behandlingsform. Disse er *teoretisk integrering*, *teknisk eklektisisme* og *fellesfaktortilnærminger*, og henger sammen med de tre tilsvarende abstraksjonsnivåene ovenfor. Disse integrerte typene har tatt over som foretrukne behandlingsmodeller i forhold til de mer enhetlige teoretiske retningene som dominerte i psykoterapiens begynnelse (Lambert et al., 2004). Morris (2003) mener hans metamodell gir et rammeverk for å kunne klargjøre hver av de tre tilnærmingsnivåene.

Teoretisk integrering er en sammenføring av to eller flere teoretiske retninger ved integrering av ulike metoder og konsepter til et enhetlig rammeverk. Integreringen kan omfatte faktorer som teorier, antagelser om mennesket, endringsmål, teknikker og verifikasjonsmetoder (Morris, 2003). Metamodellen til Morris er ifølge ham ment å gi en struktur som tydelig skisserer hvilke elementer og former som inngår. Ett eksempel er en integrerende teori som søker å forene dysfunksjonelle personkarakteristikker fra forskjellige teorier i et nytt nomotetisk nettverk som forklarer psykologiske problemer, altså en sammenfatning av den

underliggende psykologiske mekanismen eller prosessen. Generelt skal metamodellen gi et rammeverk for å kunne kombinere komponenter fra forskjellige teorier til en enhetlig og internt konsistent syntese.

Teknisk eklektisisme er utøvelsen av utvalgte, potensielt effektive prosedyrer fra forskjellige teoretiske systemer og terapeutiske retninger (Lambert et al., 2004; Morris, 2003). Eklektikere bruker teknikker de mener kan være til klientens beste, på bakgrunn av tidligere erfaringer. En svakhet er at eklektikere vektlegger teknikker på bekostning av teoretiske forklaringer for de underliggende faktorene, slik at det teoretiske grunnlaget ofte blir sprikende og ulikt, med lav enighet mellom utøverne. Wampold (2001) fremhever at eklektisisme kan føre til økt konkurranse mellom terapiteknikker og stimulere til ny forskning, men at eklektikere også kan hemme utviklingen av psykoterapi ved et stort forsvar av de valgte teknikkene, og en overdrivelse av effekten de har. Eklektikere kan komme til å falle i den medisinske modellens felle, hvor teknikkene får høyere betydning enn sammenhengen de brukes i.

Morris mener hans metamodell gir "a minimal theoretical structure that fits the actuarial spirit of eclecticism" (Morris, 2003, s. 15), for eksempel ved at teknikker (altså intervensjoner) kan knyttes til forbedrede personkarakteristikker for å gi en enkel forklaring på hva som forårsaker den terapeutisk endringen (mot behandlingsmålene).

Fellesfaktortilnærminger søker å finne de felles ingrediensene som er virksomme på tvers av terapiformer, og som er ment å være ansvarlige for en stor del av pasienters endring. Eksempler er forsterkingen av håp, muligheten til å uttrykke emosjoner, utforskningen og integreringen av klientens problemer, støtte, råd, oppfordring til utviklingen av nye atferds- og tankemønstre med mer (for en omfattende gjennomgang av fellesfaktorer se Lambert, 2004). Goldfried (1980) fremhever to viktige eksempler: å gi klienten nye korrigerende erfaringer og å tilby klienten direkte tilbakemeldinger ('feedback'). Myter, altså det å gi et rasjonale, og behandlingsritualer er i seg selv to av de mest vanlig siterte fellesfaktorene (Grencavage & Norcross, 1990).

En stor utfordring for slike tilnærminger er hvordan de avgjør typene og nivåene av fellesfaktorer. De bruker varierende beskrivelser og kategoriseringer, men er enige om at alle terapiformer har en rekke aspekter felles som utgjør det største grunnlaget for psykoterapeutisk endring. Statistisk sett antar disse modellene at fellesfaktorer utgjør en stor

del av variansen i terapeutiske resultater, mens spesifikke faktorer kun utgjør en liten del (Wampold, 2001). En fellesfaktormodell er mer diffus, og står dermed i kontrast til den medisinske behandlingsmodellen hvor fellesfaktorer ikke tillegges særlig vekt i forhold til de spesifikke teknikkene. Fellesfaktormodellen har mye til felles med en av de anvendte positive psykologiske retningene, positiv terapi, som jeg gjennomgår i neste del av oppgaven.

Fra metamodellens perspektiv kan fellesfaktorer sees på som forbedrede personkarakteristikker, altså instrumentelle utfall. Det felles målet eller den underliggende funksjonen til forskjellige metoder er endringen av den dysfunksjonelle personkarakteristikken. Det betyr at kliniske strategier er klasser med psykoterapeutiske aktiviteter som retter seg mot bestemte dysfunksjonelle karakteristikk. Sannsynligvis er alle former for psykoterapi rettet mot korrigering av klientens grunnleggende misforståelser om dem selv, sin atferd og verden rundt. Faktisk, de fleste endringsprosessene som er identifisert som fellesfaktorer av Grencavage og Norcross (1990) fungerer ved å revidere klientens grunnleggende feiloppfatninger (altså innsikt, feedback og virkelighetstesting, overbevisning og overtalelse ('persuasion'), suksess og mestringserfaringer (for mer utfyllende om disse og andre terapeutiske relasjonsfaktorer, se Norcross, 2002).

Metamodellen utvider Goldfrieds perspektiv på fellesfaktorer ved å tilby et rammeverk for å tenke om dem. Dette rammeverket ser jeg som viktig å ha med videre i gjennomgangen av de forskjellige anvendte variantene av positiv psykologi.

Del 3: Anvendt positiv psykologi

Anvendt positiv psykologi har blitt definert som "application of positive psychology research to the facilitation of optimal functioning" (Linley & Joseph, 2004, s. 4). Ett av hovedpunktene ved anvendt positiv psykologi er en redefinering av hvilke spørsmål terapeuter stiller seg i psykoterapien. I tillegg til det tradisjonelle behandlingsgrunnlaget handler psykoterapeuters rolle om å "facilitate well-being, promote health, and build strengths" (Joseph & Linley, 2006, s. 6) fra et positivt psykologisk perspektiv. Her er det altså snakk om å fremme velvære hos klienter, det handler om å forebygge ved å fostre fysisk helse og det handler om å hjelpe til med å bygge opp personlige styrker. Velvære som en positiv subjektiv opplevelse, og personlige styrker som positive individuelle karakteristikk, er to viktige aspekter ved det som tidligere i oppgaven ble definert som positiv psykologi. At helsen forbedres har blitt foreslått som en mulig bivirkning av et fokus på positive styrker og trekk (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Det er altså snakk om forsøk på å omsette de teoretiske begrepene til praksis. Dette er et sentralt punkt i oppgaven fordi jeg ønsker å se på sammenhengen mellom den nye positive psykologiske retningen, hva den står for og fokuserer på og hvordan psykologer bruker den teoretiske og forskningsmessige kunnskapen til å skape endring.

Positiv psykologiske tilnærminger har som mål å motvirke de underliggende antagelsene i den medisinske behandlingsmodellen ved å presentere nye antagelser for en *positiv klinisk psykologi* (Maddux et al., 2004). Positiv klinisk psykologi er like opptatt av hverdagsproblemer som psykopatologiske forhold. Bevegelsen er også like opptatt av å forstå og fremme subjektivt velvære og effektiv fungering som å lindre subjektiv lidelse og mistilpassing. Psykopatologi, kliniske problemer og kliniske befolkninger blir sett på som at de varierer i *grad* og ikke i kategorisk type. Som normale problemer i hverdagen og ikke-kliniske problemer og befolkninger faller de langs et *kontinuum* av menneskelig fungering og er heller ekstreme varianter av normale psykologiske fenomener. Normalitet og anormalitet, velvære og sykdom, effektiv og ineffektiv psykologisk fungering kan alle defineres langs dette kontinuumet ut fra samme psykologiske teori. Psykologiske forstyrrelser er ikke analoge med biologiske og medisinske sykdommer, og reflekterer problemer i personens interaksjon med sitt miljø heller enn avgrensede problemer i personen selv. Ut fra de tre foregående antagelsene er positiv klinisk psykologis rolle å identifisere menneskelige styrker og fremme mental helse som ressurser som bufrer mot svakhet og mental sykdom. De som søker dette er klienter, ikke pasienter, og de som tilbyr kan være lærere, rådgivere, sosiale aktivister og

andre engasjerte, ikke bare psykologer, klinikere og leger. Strategier og teknikker kan være pedagogiske, relasjonelle, sosiale og politiske, ikke bare medisinske intervensjoner. Videre kan de som tilbyr bistand være sentre, skoler og andre samfunnsinstitusjoner utenom klinikker og sykehus. Hele denne modellen gir antagelser som står ganske i strid med flere av antagelsene innen medisin, og skaper et inntrykk av å være mer forenlig med samfunnsinstitusjoner og lavterskeltilbud heller enn spesialisttjenester innenfor psykiatrien.

Jeg ønsker å presisere at det kan fremstå som ganske svart hvitt om psykoterapien deles inn i to motstridende "fraksjoner" som står på hver sin kant. Den medisinske behandlingsmodellen mener jeg er en teoretisk modell først og fremst, og innebærer ikke at visse psykologer eller andre typer behandlere følger den slavisk og uten å tenke seg om. Det er ikke slik at man enten bare kartlegger symptomer og fokuserer på problemer ifølge manualer, eller forstår problemenes dynamiske form og deres komplekse årsaksforhold. Jeg tror de fleste moderne psykoterapeutiske tradisjoner er enig med flere av punktene som Maddux og kolleger nevner, og at de mest av alt representerer sunn fornuft i møtet med de medisinske retningslinjene.

Forkjempere for positiv psykologi understreker ofte at de også anerkjenner reelle problemer, lidelser og andre mindre gunstige tilstander. Men ønsket deres er å finne årsaker til problemene på bakgrunn av flere begreper enn kun psykopatologiske symptomer og diagnoser. For de fleste former for psykologisk lidelse og nød gjelder det å ha et fokus på at "the goals of therapy do not begin and end with the goal of the client being symptom free" (Joseph & Linley, 2006, s. 116), slik som DSM-IV diagnoser kan legge opp til. Diagnoser kan være viktige i enkelttilfeller og bidrar til å skaffe nødvendig informasjon for å sette i gang korrekt behandling. Vi må da kunne avgjøre når psykologiske problemer best kan forstås gjennom den medisinske modellens syn. Noen tilstander representerer "abnormal and disordered workings" (Joseph & Linley, 2006, s. 115) i menneskelig fysiologi og kognitiv fungering. f.eks. schizofreni, bipolare forstyrrelser, temporal-lapps-epilepsi, og organiske hjernesykdommer (Joseph & Linley, 2006). Det kan også være at noen psykologiske problemer best kan behandles med spesifikke intervensjoner, som 'applied tension' for blod- og skade-fobi, kognitiv terapi for panikk-lidelse, og eksponering for obsessiv-kompulsiv forstyrrelse (Seligman & Peterson, 2003). Ellers må en kunne si at diagnoser og symptomer ikke gir hele bildet, og at det kan være befriende for en psykolog å ha et større begrepsapparat og flere behandlingsmetoder enn de som bygger på og støtter en medisinsk eller spesifikk forståelse av hva som er galt.

Jeg har valgt tre behandlingsformer som jeg mener representerer mye av det positiv psykologi handler om ut fra de tidligere gjennomgåtte definisjonene og begrepene. De kalles henholdsvis 'velvære-terapi', 'positiv psykoterapi' og 'positiv terapi'. Først og fremst fremmer de positiv psykologiske aspekter ved klientene i behandlingen som tradisjonelt sett sjelden prioriteres. De to første er relativt nyutviklede og fortsatt i en utviklingsfase. Den tredje, positiv terapi, bygger på gamle humanistiske tradisjoner med påvirkning fra nyere forskning og med en høyst aktuell praktisk anvendelse. Underveis vil jeg gjennomgå de viktigste aspektene ved hver terapitype, før jeg til slutt gjør en samlet, helhetlig gjennomgang ut fra den metateoretiske modellen til Morris.

Velvære-terapi

Velvære-terapi ('well-being therapy') er utviklet av Fava (1999) og kan beskrives som en korttids velvære-styrkende psykoterapeutisk strategi basert på kognitive prinsipper. Totalt sett ligger fokuset på å redusere gjenværende symptomatologi ved å forbedre den globale fungeringsevnen gjennom bearbeidelse av det psykologiske velværet. Terapiformen er relativt ny og i sin innledende fase som behandlingsmetode, slik at Fava mener den vil trenge flere valideringsstudier og store endringer de neste årene.

Bakgrunnen for velvære-terapi ligger i den historiske utviklingen av fokuset på psykologisk dysfungering i helsevesenet, hvor helse sidestilles med fraværet av lidelse heller enn tilstedeværelsen av velvære. Fava (1999) mener DSM-klassifiseringens begrepsfesting av velvære og lidelse som gjensidig ekskluderende (altså velvære er mangel på lidelse) er naiv og feilaktig. Ifølge den medisinske modellen er velvære en konsekvens av at lidelse reduseres og fjernes. Kliniske intervensjoner har derfor brukt det meste av ressursene på å behandle den akutte fasen i psykiatriske forstyrrelser, og andre mindre akutte symptomer har fått lite klinisk oppmerksomhet.

Fava (1999) viser til nyere forskning som peker mot at flertallet av pasienter med stemnings- og angstlidelser fortsatt viser restsymptomer ('residual symptoms'), som angst, irritabilitet, og interpersonlige problemer, etter suksessfull behandling av lidelsen ifølge DSM. De er altså langt fra velfungerende selv om fremgang kan måles. Symptomer har vist seg å ha

prognostisk verdi for hele spekteret av affektive lidelser, fra angst til panikk lidelse, depresjon og tvang. Det er også gjort funn på at tilbakefall etter behandling av affektive forstyrrelser ofte forekommer, spesielt ved enkel depresjon.

De senere tiårene har dermed sett en økning i fokuset på alternative måter å møte disse problemene på, og velvære har fått økt fokus i helsevesenet. Positiv psykologi har også bidratt med å øke fokuset nettopp på aspekter som velvære. Behovet for å utvikle et klinisk og konseptuelt rammeverk som beskriver hvordan variasjoner av psykologisk velvære fremstår i kliniske situasjoner var mye av bakgrunnen for at Fava utviklet sin velvære-styrkende psykoterapeutiske strategi.

Velvære-terapi baserer seg på Carol Ryffs (1989) multidimensjonelle modell for psykologisk velvære som er delt i seks domener: beherskelse av omgivelsene ('environmental mastery'), personlig vekst, mening i livet, autonomi, selvaksept og positive forhold til andre. Behandlingen handler om en kognitiv omstrukturering basert på dette konseptuelle rammeverket.

Behandlingen foregår over åtte behandlingstimer som foregår hver eller annen hver uke, men antallet timer kan variere etter pasientens tilpasningsevne og behov. Hver time varer i 30-50 minutter, og vekten er på "self-observation" (Fava, 1999, s. 171) ved bruk av strukturert dagbok og samhandling mellom pasienter og terapeuter. Behandlingen er strukturert, styrende, problem(løsnings)orientert og basert på en opplæringsmodell. Behandlingen består av tre faser.

Innledende timer brukes til å identifisere episoder av velvære og få satt dem inn i en hendelsesbeskrivelse. Pasienter rapporterer forholdene rundt episoder av velvære i en strukturert dagbok, rangert på en skala fra 0-100, fra mangel på velvære til den mest intense velvære-opplevelsen en kan ha. Mange pasienter tenker de vil ha en tom dagbok, men blir påminnet om at alle situasjoner, uansett hvor kortvarige og ubetydelige, er vesentlige. Rasjonalet er at personer med en lav hedonisk kapasitet, altså liten evne til å kjenne på velvære i hverdagen, burde bruke mer tid på slik "bokføring" enn de med normal eller høy hedonisk kapasitet. Fasen varer vanligvis i et par timer, avhengig av graden av motstand, medgjørighet og andre terapeutiske faktorer.

Etter at tilfeller av velvære har blitt kartlagt, fokuserer den andre fasen på å identifisere tanker og følelser som fører til for tidlig avbrudd av velvære-opplevelser. Fava (1999) understreker at det eksisterer en klar likhet med irrasjonelle, spenningsutløsende tanker i Ellis og Beckers 'rational-emotive' terapi og automatiske tanker i kognitiv terapi. Forskjellen er at fokuset her er på velvære heller enn lidelse. Identifiseringsfasen hjelper terapeuten til å skille mellom hvilke av de seks områdene pasienten har irrasjonelle og automatiske tanker og hvilke som er uproblematisk. Terapeuten utfordrer tankene med spørsmål som søker å nyansere beviser for og imot, eller om det gjelder enkelte eller alle situasjoner. Terapeuten kan også oppmuntre til og støtte aktiviteter som er ment å føre til velvære, som lystige aktiviteter eller mer spesifikke oppgaver. Fokuset er gjennom alt dette på selvovervåking og selvobservasjon hos pasienten. Varighet er 2-3 timer avhengig av pasientens motivasjon og evne til selvobservasjon. Terapeuten introduserer ikke alternative teknikker og øvelser før pasienten har oppnådd et tilfredsstillende nivå av selvobservasjon, inkludert for de irrasjonelle eller automatiske tankene.

Avsluttende fase handler om videre behandling og bearbeidelse av de tidligere avdekkede tankemønstrene. Terapeuten kan benytte selvutfyllingsskjemaer, som Ryffs (1989) velvære-skala, et 84-items selvvrderingsskjema, for å hjelpe til med identifiseringen av problematiske velvære-områder. Ryffs seks dimensjoner introduseres aktivt etter hvert som materialet i skjemaet og dagboken kommer inn på områdene. Problemer i tenkemønstre og alternative tolkninger kan bli diskutert nærmere, og terapeuten gjør i denne fasen observerende tolkninger i tillegg til pasientens egne observasjoner. Terapeuten jobber tettere sammen med klienten mens de tilstedeværende problemene behandles.

:

Fava (1999) erkjenner at de tradisjonelle kognitive atferdsmessige behandlingene har oppnådd imponerende resultater i symptomreduksjon, men mener at de ikke behandler psykopatologiens omfang godt nok. Velvære-terapi søker å bygge på det eksisterende kognitive atferdsmessige rammeverket med et ekstra fokus på velvære som et buffer mot følgende psykopatologi utover det vanlige hovedfokuset på symptomer.

Til nå har velvære-terapi blitt brukt med tegn på effektiv forbedring hos pasienter som lider av flere typer kliniske problemer. Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti og Grandi (1998, referert i Fava, 1999) behandlet 20 pasienter som tidligere hadde blitt suksessfullt behandlet for affektive lidelser (depresjon, fobi, panikk lidelse, GAD og tvang) med velvære, atferdsmessig

eller farmakologisk behandling for de restsymptomer ('residual symptoms'). Funnene indikerte at velvære-terapi og kognitiv atferdsbasert terapi var assosiert med en signifikant reduksjon i residuale symptomer og en økning i psykologisk velvære, med en signifikant fordel til velvære-terapi over de andre terapiformene. Utvalget i studiet var midlertidig lite og kun undersøkt en gang, slik at funnene bør testes mot større utvalg. Andre resultater for en mulig positiv effekt av velvære-terapi har blitt påpekt i studier av behandling for tilbakevendende depresjon, generalisert angst forstyrrelse, forlengelse av in vivo eksponering ved panikklidelse og ved motstand mot og tap av klinisk effekt (Fava, 1999).

Fava (1999) mener terapien kan brukes på en rekke områder: til å motarbeide tilbakefall i den siste fasen av affektive forstyrrelser som angst og depresjon, som en ekstra ingrediens i kognitive atferdsmessige behandlingsopplegg, for pasienter med affektive forstyrrelser som ikke opplever bedring ved vanlige psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandlinger, ved kroppsbilde-forstyrrelser, i psykosomatisk medisin og ved tvangsforstyrrelser. Det eksisterer ikke mye forskning på disse områdene, slik at det foreløpig ikke er mulig å si i hvor stor grad terapien faktisk har en effekt på disse områdene.

En tanke om velvære-terapi er at strukturen på øvelsene med selvobservasjon og arbeid med egne tanker og følelser virker å forutsette at klienter er relativt godt fungerende når de kommer til behandling. Jeg kan tenke meg at klienter som ikke har evne til å foreta slike introspektive øvelser ikke vil oppnå så stor fremgang. Sammenhengen med Ryffs domener er opplagt, men jeg synes det er interessant at tre av domenene er ganske så like de tre grunnleggende behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet i Ryan og Decis (2000) selvbestemmelsesteori. Denne teoriene krever at miljøet legger til rette for å fremme disse aspektene ved en selv. Velvære-terapi virker derfor å bygge på en lignende tanke om vårt menneskelige potensial og evne til utvikling.

Positiv psykoterapi

Seligman og kolleger (2006) definerer 'positiv psykoterapi' (PPT) som "using positive psychology to relieve depression" (2006, s. 775). Begrepet skiller seg fra mer generelle begreper som 'anvendt positiv psykologi' fordi det er en spesifikk behandlingsform med spesifikke øvelser. Seligman et al (2006) mener PPT kan være en effektiv behandlingsmetode

for flere typer forstyrrelser, men at fokuset primært er på depresjon. Symptomene på depresjon involverer ofte en mangel på positive emosjoner, mangel på innsats og forpliktelse, og mangel på følt mening, som typisk sees som konsekvenser av eller depresjonen. Seligman et al (2006) foreslår at disse kan være kausale for depresjon og derfor at å bygge positive emosjoner, engasjement og mening vil lette depresjonen. Positiv psykoterapi kan derfor være en ny måte å behandle og forhindre depresjon. Seligman og kolleger definerer likevel PPT som et supplement til mer tradisjonelle behandlingsformer fordi det i mer alvorlige tilfeller ikke er hensiktsmessig å bare fokusere på de positive aspektene. Det viktigste virker å være å følge klienten der denne går i behandlingen, men å hele tiden innarbeide et fokus på at de positive aspektene skal få plass.

Positiv psykoterapi er et manualbasert behandlingsprogram som består av en rekke øvelser ment å fremme positive emosjoner, karakterstyrker, engasjement og mening. Terapien innebærer forskjellige oppgaver med et ukentlig tema. PPT foregår ved 6-14 terapitimer med ukentlige temaer. Det følges en manualbasert protokoll, men tematikken tilpasses hver klients behov og rekkefølgen på øvelsene varierer med hver klients omstendigheter og evner.

Positiv psykoterapi har til nå blitt testet i gruppesammenheng og ved individualterapi. Ved mild til moderat depresjon fokuserer timene overveiende på det positive heller enn de negative symptomene ved depresjon. Ved unipolar depresjon som fyller kravene til alvorlig depresjon ifølge DSM-klassifiseringen har positiv psykoterapi mer balanse mellom fokus på positive symptomer og negative symptomer som beskrevet nedenfor.

Gruppeøvelsene inneholder følgende øvelser (Seligman et al., 2006): 1) "Using your strenghts" innebærer administrasjonen av Values in Action spørreskjemaet, som utreder for ens topp 5 styrker. Deretter skal en tenke på måter å bruke disse styrkene på i hverdagen. 2) "Three good things / Blessings" går ut på å skrive ned tre gode ting hver kveld som har skjedd i løpet av dagen, og forklare hvorfor en tror de skjedde. 3) "Obituary / Biography" går ut på å skrive et essay som en nekrolog for en selv, hvor en oppsummerer hva en ville likt å bli best husket for om en hadde levd et langt liv og nå var død. 4) "Gratitude visit" går ut på å skrive et brev til en man er veldig takknemlig overfor, men som en aldri har fått takket ordentlig, og lese det opp for vedkommende. 5) "Active / Constructive responding" handler om å reagere tydelig positivt og entusiastisk på gode nyheter fra en annen person hvertfall en gang om dagen. 6) "Savoring" handler om å ta seg god tid til å nyte en ting hver dag som en vanligvis skynder

seg forbi, for eksempel et måltid eller en dusj. Når det er ferdig skriver en ned hva en gjorde, hva som var annerledes og hvordan det føltes.

Positiv psykoterapi for unipolar depresjon følger et nokså likt behandlingsopplegg. Det begynner med å spørre om klienten kan introdusere seg selv ved å fortelle en historie om dem selv på sitt beste. Deretter identifiseres klientens signaturstyrker og terapeuten hjelper til med å finne praktiske måter bruke disse styrkene i hverdagen. Klientene setter mål for hvordan bruke og fremme styrkene i praktiske øvelser. Videre brukes mye tid på å veilede klienten til å omfokusere oppmerksomhet og hukommelse mot det som er bra i livet, med mål om å skape en mer balansert kontekst å plassere problemene i ved øvelsene nevnt ovenfor. Klienten får også hjemmeoppgaver å utføre, tilpasset behovene fra en lang liste med oppgaver. Eksempler er skriftlige arbeider, utfyllingsskjemaer (som Values in Action for karakterstyrker), velsignelsesdagbok, brev til bekjente, søken etter aktive tilbakemeldinger fra andre og planlegging av positive aktiviteter. Målet er å lære klienten å holde de positive aspektene av livet i forgrunnen, å lære klienten å utføre atferd som fører til positiv tilbakemelding fra andre, og å styrke de allerede positive aspektene heller enn å lære å omstrukturere og omtolke de negative aspektene.

En vanlig tendens er at klienter kommer med en forventning om at terapien skal ha et fokus på problemer, og om klienten presenterer sine og føler at de ikke blir tatt nok på alvor kan alliansen fort bli svekket. Det kan derfor være behov for å jobbe med problemløsning og diskutere vansker og negative emosjoner, og om klienten rapporterer slike negative emosjoner eller problemer blir de empatisk mottatt. Balansen mellom disse to aspektene, styrke de positive og møte de negative, gjør det mulig å få frem hele klientens spekter av karakteristikk, trekk og tilbøyeligheter, og gir ifølge Seligman og kolleger (2006) en mer helhetlig oppfølging av mennesker med depresjon.

Behandlingsprogrammet er basert på Seligmans (2002) teori om autentisk lykke ('authentic happiness'). Seligman har delt lykkebegrepet i tre vitenskapelig fundamenterte deler: Positive emosjoner (det behagelige liv), engasjement (det engasjerte liv) og mening (det meningsfylte liv).

Det behagelige liv handler om tilfredshet, tilfredsstillelse og sinnsro i fortiden, somatiske nytelser (kortvarig sensorisk behag) og komplekse nytelser (som krever læring og utdanning) i nåtiden, og optimisme, håp og tro i fremtiden (Seligman, 2002). Dette behagelige livet

representerer en tilstand som maksimerer positive emosjoner og minsker smerte og negative emosjoner, altså det som ofte benevnes som den hedoniske teorien om lykke (Ryan & Deci, 2001). Det handler også om evnene til å forsterke og forlenge opplevelsen av disse tilstandene.

Det engasjerte liv består av et liv hvor en søker engasjement, å være involvert og oppsugd i arbeid, intime relasjoner og fritidsaktiviteter, og hvor en opplever flyt ('flow') og fullstendig fokus i øyeblikket (Csikszentmihalyi, 1990). Det består også av positive individuelle trekk, karakterstyrker og talent. Det handler om de dydige kvalitetene som er allment aksepterte, som mot, lederskap, godhet, integritet, originalitet, visdom og evnen til å elske og bli elsket. Styrker er mer føybare og lettere å påvirke selv enn talenter, og styrker er ofte mål i seg selv heller enn middel for et annet mål (Seligman, 2002). Disse verdiene ligger nærmere det aristoteliske begrepet eudaimonia, altså det gode livet (Ryan & Deci, 2001).

Det tredje området blir kalt *det meningsfylte livet*, og handler om en søken etter mening ved å bruke ens signaturstyrker og talenter for å oppnå tilhørighet til noe større enn en selv, altså at en hører til og tjener positive institusjoner, eksempelvis religion, politikk, familien, samfunnet eller nasjonen en tilhører (Seligman et al., 2006). Konsekvensen blir at det skaper en følelse av tilfredsstillelse og troen på at en lever et godt liv, som igjen fører til en subjektiv følelse av mening som kan beskrives som lykke.

Hypotesen bak positiv psykoterapi er at depresjon kan bli behandlet effektivt ikke bare ved en reduksjon av negative symptomer, men også ved å direkte og primært behandle positive emosjoner, karakterstyrker og mening, slik at de motvirker de negative symptomene og bufrer mot fremtidige tilbakefall. Ifølge Seligman og kolleger (2006) har positiv psykologi gjort en rekke funn de siste årene angående arten av og fordelene ved disse fenomenene ved å bruke tradisjonelle vitenskapelige metoder. Målet er å avdekke alternative måter å forstå og behandle psykopatologi på som ikke fokuserer utelukkende på symptomer, traumer og mangler.

Seligman og kolleger (2006) har en hypotese om at det å identifisere klienters signaturstyrker, altså de styrkene som definerer en som person mest, og lære bort praktiske måter å bruke styrkene mer vil lette de negative symptomene ved depresjon betydelig. Positiv psykoterapi inneholder slike øvelser, og de mener forskningsfunnene i studier støtter hypotesen (Seligman et al., 2006). Seligman og kolleger (2006) foreslår at mangel på mening ikke bare er et symptom men en årsak til depresjon, og har derfor utviklet intervensjoner som bygger mening

for å redusere og lette depresjonen. Peterson og Seligman (2004) mener at bruken av styrker direkte i øvelser kan føre med seg også andre konkrete resultater, som subjektivt velvære, kompetanse, 'efficacy', mestringsevne ('mastery'), mental helse og et rikere sosialt nettverk.

Positiv psykoterapi har vist seg å være en effektiv metode for å hjelpe mennesker med mild depresjon (Seligman et al., 2006). Individuell PPT med alvorlig deprimerte klienter førte til mer symptomforbedring og bedring av depressive forstyrrelser enn tradisjonell behandling eller med medikamenter og tradisjonell behandling, samt høyere skårer for lykke.

Gruppebehandling ved PPT gitt til mildt til moderat deprimerte personer førte til signifikant større symptomreduksjon og høyere økning i livskvalitet enn ved kontrollgrupper uten behandling. Forbedringen varte også i minst ett år etter behandling. Depresjonsskårer var signifikante lavere ved PPT enn ved de andre formene, og mål på lykke var høyere. Seligman og kolleger (2006) konkluderte med at systematisk arbeid med å fremme positive emosjoner, engasjement og mening (tilsvarende de tre livsnivåene til Seligman, nevnt ovenfor) er effektivt i behandlingen av enkel depresjon.

Seligman, Steen, Park og Peterson (2005) fant at to av øvelsene, "Using your strengths" og "Three good things", økte lykke og reduserte depressive symptomer i seks måneder. De fant også at "Gratitude visit" gav store positive endringer i en måned. To av de andre øvelsene og placebo kontrolløvelser skapte positive men forbigående effekter på lykke og depressive symptomer. I hvor stor grad forsøkspersoner på egen hånd fortsatte med øvelsene i etterkant av studiet hang signifikant sammen med langtidseffekten av lykke ved 3, 6 og 12 måneders oppfølging, altså varig bruk ga varig positiv effekt.

Seligman et al. (2006) nevner at studier har funnet beviser for at positive emosjoner kan motvirke den hemmende effekten av negative emosjoner på fysiologi, oppmerksomhet og kreativitet, samt bidra til å øke motstandsdyktigheten i kriser. Positive emosjoner og fleksible evner til tanke og handling virker å forsterke hverandre i en "oppadgående spiral" av velvære, i motsetning til nedtrykt stemning og innsnevret tenkning som forsterker hverandre i en "nedadgående spiral". The Milan Group fant at deres behandlingsprogram rettet mot å endre det hverdagslige engasjementet i livet ved å forsterke karakterstyrker som kreativitet og nysgjerrighet, førte til reduserte nivåer av depresjon og angst (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002)

Positiv terapi

Joseph og Linley (2006) kaller sin psykoterapeutiske behandlingsform for 'positiv terapi'. De oppsummerer sin generelle definisjon av positiv terapi på denne måten:

"Can some therapies be considered positive therapies? Our answer to this is yes. In particular, those therapies based on the theoretical premise of an organismic valuing process and an actualizing tendency appear to be most consistent with what the positive psychology research is now telling us."
(Joseph og Linley, 2004, s. 354)

De støtter at positiv psykologi søker å omdefinere det dominerende synet på mennesket i forskning og teori, og ønsker spesielt et økt fokus på de to faktorene nevnt ovenfor, den organismiske verdsettingsprosessen ('organismic valuing process') og realiseringstendensen ('actualizing tendency'). Disse er, som jeg vil vise, to sentrale begreper i personsentrert teori. Joseph og Linley (2005) søker å forene de gamle humanistiske og eksistensielle psykologiske bevegelsene med den nye positiv psykologiske bevegelsen, og mener den personsentrerte teorien har blitt misforstått og sett på som uvesentlig og overfladisk. De fremmer at:

"(...) person-centred theory offers a holistic paradigm integrative of both negative and positive aspects of human experience, which is consistent with the ambitions of the new positive psychology movement, and the emerging research evidence." (Joseph & Linley, 2005, s. 6)

Humanismen og den personsentrerte personlighetsteorien er stor innen psykoterapien, men mangler empirisk forskning fra de siste tiårene, slik at Joseph og Linley (2005) synes den har blitt skjøvet til side og uvesentliggjort som psykologisk fag og forskning. De støtter at den positiv psykologiske bevegelsen kan være med på å definere mennesket på nye (eller egentlig gamle) måter igjen. De mener at *"What positive psychologists are able to bring to the ideas of earlier theorists as Rogers are the research techniques of current mainstream psychology"* (Joseph & Linley, 2005, s. 6). Mer forskning kan bety mer støtte, anerkjennelse og kunnskap om retningen.

For å forstå positiv terapi bør en da kjenne til personsentrert teori (som utgjør myten bak) som

grunnlaget for klientsentrert terapi (som ritual). Personsentrert teori er nært knyttet til Rogers humanistiske retning som ble nevnt i den historiske gjennomgangen.

Terapeutens oppgave er å hjelpe mennesker til å lytte til sin egne indre visdomsstemme. Denne visdomsstemmen kalte Rogers *den organismiske vurderingsprosessen* ('organismic valuing process'), og definerte den som folks iboende evne til å vite hva som er viktig for dem og hva som er essensielt for et fullstendig og tilfredsstillende ('fulfilling') liv (Rogers, 1961). Rogers syn var at en kan stole på at mennesket gjennom sine naturlige, fysiologiske prosesser vet hva som er rett og hva det trenger fra omgivelsene for selvrealiseringen av sitt potensial (Joseph & Linley, 2005). En grunnleggende forutsetning i personsentrert teori er dermed *realiseringstendensen* ('the actualising tendency') (Rogers, 1951). Ifølge teorien er den en naturlig iboende motivasjonskraft i mennesket som søker en konstruktiv utvikling og naturlig utfoldelse.

Ifølge Rogers teori kan den bli holdt tilbake, hindret eller svekket av det sosiale miljøet. Vi har et behov for å bli positivt ansett, slik at vi søker anerkjennelse fra våre sosiale omgivelser. Om vi da blir tilbudt betinget anerkjennelse, altså kjærlighet, trygghet og andre behov på betingelse av at vi oppfyller visse krav som krever spesielle handlinger eller væremåter av oss, kan de føre til en internalisering av *anerkjennelsesvilkår* ('conditions of worth'). Disse er altså tilbakemeldingene vi får fra omgivelsene og menneskene rundt oss om hvordan vi bør oppføre oss for å bli akseptert og verdsatt (Joseph & Linley, 2006).

Senere i livet, når våre foreldre ikke lenger er den viktigste kilden til anerkjennelse, fortsetter anerkjennelsesvilkår å påvirke hvordan vi oppfører oss fordi de er så dypt internalisert. Dette kan gå utover realiseringstendensen, slik at vi heller følger betingelsene enn vår indre stemme. Anerkjennelsesvilkårene er ofte subtile, noe som gjør dem paradoksalt virkningsfulle fordi de ikke blir oppdaget og gjort bevisst for oss. De kan dermed virke i bakgrunnen over lang tid uten at vi merker det selv.

Alle internaliserer slike vilkår og selvrealiserer seg i varierende grad i retning av disse, slik at ingen klarer å unnsnippe omverdenens innflytelse. Joseph og Linley (2006) tenker seg at psykopatologi skapes som en konsekvens av at anerkjennelsesvilkår hemmer vår selvrealisering. De mener verdibetingelsene sitter så sterkt igjen at fungeringsevnen blir hemmet ved at en realiserer seg i retning av de internaliserte anerkjennelsesvilkårene heller

enn ved realiseringstendensen. Når selvrealiseringen er i uoverensstemmelse med realiseringstendensen så mener de at psykopatologi gjør seg gjeldende. Prinsippet om en slik sosial hemmende faktor minner mye om Freuds gamle prinsipp om superegos begrensninger på vår utfoldelse ved internalisering av normer utenfra.

Rogers (1957) mente at det er seks nødvendige og tilstrekkelige betingelser som må være tilstede for å skape et miljø som kan fremme en gunstig utvikling hos klienter: 1) To personer er i psykologisk kontakt, 2) den første, klienten, er i en tilstand av inkongruens, og er sårbar eller angstfylt, 3) den andre personen, terapeuten, er kongruent, eller integrert i relasjonen, 4) terapeuten utøver en ubetinget positiv anerkjennelse av klienten, 5) terapeuten opplever en empatisk forståelse av klientens indre referanseramme og søker å kommunisere denne opplevelsen til klienten, og 6) kommunikasjonen av terapeutens empatiske forståelse og ubetinget positive anerkjennelse til klienten blir oppnådd i minste grad.

Rogers mente disse prinsippene underbygger enhver terapeutisk situasjon, uavhengig av teoretisk retning og metode, og at alle betingelsene må være til stede for at vellykket endring skal skje. Betingelsene 3, 4 og 5 regnes som kjernebetingelsene og angir den klientsentrerte terapeutens praksis. Terapeutens kongruens og empati er bindemidler for overføringen av den *ubetinget positive anerkjennelsen* til klienten. Ifølge teorien er de sentrale fordi det beste utgangspunktet for å forstå atferd er fra det indre referansepunktet i personen selv, slik at vi best kan forstå en person ved å forsøke å se verden gjennom dennes øyne (Rogers, 1951).

Klientsentrert terapi handler om den autentiske kvaliteten på forholdet, alliansen, mellom terapeut og klient. Suksessfull terapi er ifølge denne terapien ikke et resultat av bestemte terapeutiske teknikker, opplæringsnivå eller bruken av diagnoser. I en autentisk og emosjonelt stabil allianse klarer klienter å slippe forsvaret og bli bedre kjent med seg selv, og føle seg friere til å ta nye valg i livet. I slike relasjoner tar folk ifølge personsentrert teori nye og klokere valg for seg selv ved å lytte til sin organismiske vurderingsprosess, altså sin indre visdomsstemme (Joseph & Linley, 2006). Klientsentrert terapi har stor respekt for andres rett til selvbestemmelse, og prinsippet om ikke å være styrende i terapien er et kjennemerke ved terapiretningen (Rogers, 1951). Terapeuter strever etter å forstå klienten og aksepterer klientens retning i livet uten å tvinge på ens egen agenda, slik at klientens selvbestemmelse er overordnet. Om en terapeut innfører behandlingsplaner, behandlingsmål, intervensjoner og strategier for å få klienten et annet sted eller for å gjøre en bestemt ting, så bryter altså

terapeuten med essensen i klient-sentrert terapi. Dette henger sammen med flere faktorer nevnt tidligere. Det viser tilbake til den eldre humanistiske tradisjonen, og er fortsatt en betydelig motkomponent mot den voksende tendensen med evidensbasert praksis og manualbruk. Forskningen støttet også opp om de prinsippene som den klientsentrerte terapien står for. Forskningen på dyktige terapeuter viser at det ikke er teoretisk retning, utdannelse, alder, år med erfaring, bruk av spesifikke teknikker eller andre slike faktorer som avgjør hvor vellykket terapien er. Det er heller i hvor stor grad terapeuten klarer å møte klienten og skape en legende involverende terapisetting som avgjør hvor gode resultatene blir (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Rogers mente at et sosialt miljø som karakteriseres av ubetinget positiv anerkjennelse vil føre til at personer selvrealiseres i en retning som er forenlig med aktualiseringstendensen, mot en tilstand som et *fullt fungerende menneske* (Rogers, 1961). En fullt fungerende person aksepterer seg selv, legger verdi i alle aspekter av seg selv, både styrker og svakheter, evner å leve livet til det fulle i øyeblikket, erfarer livet som en prosess, finner mål og mening i livet, søker ekthet og autenticitet i seg selv, andre og samfunnet, verdsetter forhold basert på dyp tillit, er medlidende med andre, kan ta imot medlidenhet fra andre og aksepterer at endring er nødvendig og uunngåelig (Rogers, 1961).

Oppfordringen i positiv terapi er at terapeuter bør følge Rogers' seks betingelser i psykoterapien, og forsøke å motvirke klientenes anerkjennelsesvilkår ved å skape en ubetinget positiv anerkjennelse av klienten, slik at realiseringstendensen kan slippes fri og støtte klientene i sin streben "...to become all that they can be" (Joseph & Linley, 2004, s. 355).

En klinisk tilnærming til posttraumatisk vekst

En anvendt variant av positiv terapi er Joseph og Linley kliniske tilnærming til posttraumatisk vekst, eller motgangsvekst. De har dannet sin egen "organismic valuing theory" (Joseph & Linley, 2005, s. 8) for vekst i etterkant av traumer og motgang. Konseptet posttraumatisk vekst handler om hvordan folk endrer seg og vokser positivt i etterkant av traumer. Terapi som søker å fremme posttraumatisk vekst er alltid klientstyrt, og beveger seg i klientens tempo og i klientens retning. Terapeuten er en medreisende som kan påpeke forhold hos klienten eller tilby alternative tolkninger når det er passende.

Joseph og Linley (2006) viser til at traumeteoretikere generelt sett er enige om at bedring etter traumer involverer en eller annen form for kognitiv omstrukturering. De to typene som kan forekomme er *tilpasning* ('accommodation'), altså en endring av klientens antagelser om verden slik at virkelighetsoppfatningen passer med opplevelsen, eller *tilegnelse* ('assimilation'), altså at virkelighetsoppfatningen opprettholdes ved at klienten tilpasser antagelsene og følelsene om en selv eller andre. Avhengig av terapeutens utgangspunkt blir klienten hjulpet til enten å tilpasse eller tilegne seg den traumerelaterte informasjonen.

Det er bare tilpasning som kan føre til posttraumatisk vekst. Om tilpasningen er positiv eller negativ er avhengig av personens evne til å vurdere sine egne erfaringer. Taylor, Kemeny, Reed, Bower og Gruenwald (2000) fant at positive overbevisninger som optimisme og en følelse av personlig kontroll er beskyttende faktorer for god psykologisk og fysisk helse. Joseph og Linley ser det som essensielt at terapeuten lytter oppmerksomt og hjelper klienten til å uttrykke sine meninger etter hvert som de trer frem for å fremme den organismiske vurderingsprosessen og øke muligheten for en vellykket tilpasning i positiv retning. Ved positiv tilpasning får klienten ny innsikt om det som har skjedd, og kan sette pris på verden, seg selv eller andre på en ny og mer tilfredsstillende måte.

Negativ tilpasning vil føre til nye problemer, som angst, usikkerhet og andre reaksjoner. Avhengig av den spesifikke kognitive tilpasningen kan det føre til følelser som sinne, fiendtlighet, skyldfølelse eller skam. Klienten kan for eksempel tenke at "Verden er et usikkert og kaotisk sted, er ikke trygt å leve i den. Må passe meg mer i fremtiden!"

I motsatt fall kan klienten tolke den traumatiske hendelsen slik at oppfattelsen av den tilegnes. Et eksempel på tilegnelse er når terapeuten støtter at klienten klandrer andre eller seg selv for det som hendte, slik at følelsen av en rettferdig og hensiktsmessig verden kan opprettholdes. Det handler ikke om verden, men om noe en selv eller andre har gjort eller fremskyndet. Tilegnelsesprosesser kan altså føre til en reduksjon i symptomer fordi en slags avslutning i traumet oppnås, men fører samtidig til en mer sårbar og skjør person som er mer utsatt ved en fremtidig gjentraumatisering. Et utsagn fra en slik klient kunne vært "Jeg får som fortjent, kan ikke forvente noe annet når jeg gjør som gjør."

Hensikten er at terapeuten skal opparbeide en tilbaketrukket men aktivt lyttende holdning, i tråd

med klientsentrert terapi, samtidig som fokuset er på de positive og aktive sidene ved opplevelsen. Fra et målrettet perspektiv burde terapeuter være oppmerksom på potensialet for positiv endring hos klienter i etterkant av traumer og påkjenninger. Denne positive endringen kan bli grunnlaget for videre terapeutisk arbeid og gi håp om at traumet kan takles.

Tedeschi og Calhoun (2004) har foreslått en del hensyn som terapeuter bør ha i tankene når en arbeider med å fremme posttraumatisk vekst. En burde jobbe ut fra traumeofferets rammeverk og strebe etter å forstå personens egen måte å tenke på. En må da legge mye verdi i aktiv lytting, altså at en lytter etter budskapet til personen heller enn å forsøke å kartlegge problemene og traumeopplevelsen. Terapeuten bør lytte etter og sette navn på de temaene som kan brukes i terapien til å fremme den posttraumatiske veksten. Terapien har fokus på kampen mot traumet heller enn på traumet i seg selv. Dette er for å gjøre det klart at vekst er et dynamisk og aktivt resultat av kampen og tilpasningen i etterkant, ikke den passive opplevelsen av traumet i øyeblikket. Det betyr ikke at en ikke anerkjenner de vanskelige følelsene, men at terapeuten har fokus på aktivitet, og så bestemmer klienten resten. Gruppesamtaler med andre traumeofre kan fremme den posttraumatiske veksten. Terapeuten bør også hjelpe klienten til å engasjere seg i et utviklingsmessig narrativ om de traumatiske opplevelsene, og følge nøye med på endringene i overbevisninger i etterkant av traumet.

Joseph og Linley (2006) mener at det ofte skjer at typiske intervensjoner for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) ikke tar nok hensyn til potensialet for motstandsvekst. Det kan være at terapeuter isteden forsøker å demme opp for skadene etter traumet ved å følge den medisinske behandlingsmodellens antagelser om at lindring hovedsakelig skjer ved å minske skadene. Et viktig poeng som Joseph og Linley fremhever er at terapeutisk behandling av PTSD som fører til tilegnelse eller negativ tilpasning ofte vurderes som vellykket ifølge tradisjonell klinisk psykologi, fordi den tilsynelatende har ført til en lindring av symptomene på PTSD. Men selv om behandlingen har ført til en reduksjon av symptomene vil det ikke nødvendigvis føre til psykologisk og personlig vekst, fordi posttraumatisk vekst per definisjon krever en positiv tilpasning av den traumerelaterte informasjonen.

Joseph og Linley (2006) fremhever tre hovedaspekter av vekst gjennom motgang: 1) Folk rapportere ofte at forhold blir bedre på en eller annen måte, f.eks. at de verdsetter venner og familie mer, og føler en økt medfølelse og altruisme ovenfor andre. 2) Overlevende endrer sitt syn på seg selv på en eller annen måte, f.eks. at de har en større følelse av personlig resiliens,

visdom og styrke, kanskje kombinert med større aksept for egen sårbarhet og begrensninger.

3) Det rapporteres ofte endringer i livsfilosofi, f.eks. at overlevende setter mer pris på hver ny dag, og endrer syn på hva som virkelig betyr noe for dem med den innsikten at livet er endelig. For noen er det også en religiøs eller spirituell komponent i endringene.

Disse positive endringene kan gi en helt ny måte å leve på som omfatter de sentrale grunnprinsippene i positiv psykologi. Noen eksempler kan være at det å sette pris på hver dag til det fulle innebærer en positiv subjektiv opplevelse. Det å se seg selv som mer vis og være mer altruistisk ovenfor andre kan ses som positive individuelle karakteristikk. Det at personer etter traumer kan bruke sin energi til sosial fornyelse eller politisk aktivisme viser en utvikling mot positive institusjoner og fellesskap.

Forskningen har vist at vurderinger av negative livshendelser som setter dem i perspektiv til ens egen evne til å møte utfordringene, påvirker den faktiske opplevelsen av lidelse og nød (Folkman & Lazarus, 1988). Joseph og Linley (2006) understreker at traumatiske hendelser ikke er nødvendig for at vekst skal kunne forekomme, selv om det ofte er slike som fører til personlig vekst. De mener at enhver opplevelse som innehar evnen til å skape konflikt mellom antagelser om en selv og verden kan føre til vekst.

Del 4: Diskusjon

For å utlede komponentene fra de tre anvendte behandlingsformene ovenfor ønsker jeg å se de opp mot enkeltkomponentene i den metateoretiske modellen til Morris.

En gjennomgang av funnene

De tradisjonelle terapiene som metamodellen baserer seg på er psykodynamisk, kognitiv, humanistisk og atferdsbasert terapi (Morris, 2003). Psykoterapi handler i disse modellene hovedsakelig om å redusere de psykologiske problemene ved å behandle de underliggende psykologiske mekanismene. Disse mekanismene består av dårlig fungerende personkarakteristikker, samt selve prosessen som knytter disse til de mer ”utenpåliggende” psykologiske symptomene. Intervensjoner som inngår i disse ritualene søker ifølge myten å skape en endring av de dårlig fungerende personkarakteristikkene slik at de psykologiske problemene blir redusert og behandlingsmålene oppfylt. Det er en forutsetning i modellen at myter eksisterer forut for anvendelsen av ritualene. Ritualene reflekterer mytenes innsikt i pasientens tilstand, og søker derfor å løse de problemene som pasienten fremviser.

Behandlingen får litt andre formål når det gjelder positiv psykologisk terapi. Velvære-terapien søker å redusere negative tanke- og følelsesmønstre og forhindre tilbakefall til tidligere problematiske tilstander ved å øke fokuset på de positive unntakene i hverdagen.

Behandlingen har altså ikke som hovedhensikt å redusere psykologiske problemer direkte, men å skape varige positive endringer på en annen måte enn andre behandlingsformer som har blitt utprøvd. Positiv psykoterapi søker på samme måten å fremme klientens styrker og bygge på disse. Behandlingen er ikke uavhengig av klientens tilstand, men så lenge de negative symptomene behandles på en terapeutisk forsvarlig måte, vil også denne terapien søke mot å styrke positive emosjoner og trekk, positive ønsker og handlinger og andre positive fenomener. Seligman og kolleger (2006) fremsatte også en hypotese i den positive psykoterapien om at det kan være en kausal link fra oppbyggingen av positive emosjoner, engasjement og mening til reduksjonen av depressive symptomer. Positiv terapi søker å skape en terapisituasjon som støtter klientens indre drivkraft mot selvrealisering, slik at klientens autonomi og kompetanse kan brukes fritt. Selv i situasjoner hvor klienter har opplevd store påkjenninger og traumer, så kan prinsippene i positiv terapi brukes for å gi klienten en positiv

tilpasning til traumet og dermed skape psykologisk vekst.

For alle tre behandlingsformene ligger altså hovedfokuset i behandlingen på andre faktorer enn de som er knyttet til de psykologiske symptomene. Fokuset er isteden på positive opplevelser, positive trekk og positive indre tilstander.

På bakgrunn av gjennomgangen får jeg en tanke om at komponentene i Morris metamodell trenger en justering eller omdefinering. Morris sin metamodell er begrenset ved at den ikke tar hensyn til andre menneskelige aspekter enn de som er svekket eller dårlig fungerende, og behandlingen av dem. Det kan virke som om det menneskelige aspektet som metamodellen omhandler ikke er bredt nok. Årsaken er at metamodellen bygger på Frank og Franks modell som igjen bygger på datidens dominerende medisinske behandlingsmodell. Disse modellene har til nå vært de mest dekkende for en teoretisk beskrivelse av psykoterapi. Fordi den medisinske behandlingsmodellen er grunnlaget for metamodellen blir psykoterapi forklart ut fra en sykdomsmodell som begrenser mennesket.

Hvis vi går tilbake til den opprinnelige hensikten med metamodellen finner en at den er definert som å "delineate the common structure of myths and rituals" (Morris, 2003, s. 1). Og her ligger selve kjerneproblemet. Det virker for meg som at fenomenene som 'myter' og 'ritualer' handler om ikke dekker de "positive" fenomenene sånn som modellen ser ut. Myter er i utgangspunktet definert som etiologiske forklaringer på psykopatologi, og beskrivelsen av ritualer baserer seg på slike myter for å kunne forklare de kliniske endringsprosessene. Behandlingsprosessen blir derfor styrt av funksjonen i forhold til psykologiske problemer, men ikke andre typer mentale tilstander.

Morris definerer i sin originale utredning av metamodellen at komponenten han kaller *psykologiske problemer* kan bestå av "*any conditions that merit clinical attention*" (Morris, 2003, s. 2). Det virker som Morris i utgangspunktet har hatt en god hensikt med begrepet fordi det bygger på spørsmålet "*What clinical activities produce therapeutic improvement and how do they work?*" (Morris, 2003, s. 1). Det er altså rom for å skape sin egen tolkning av hva som ligger i begrepet "merit clinical attention".

Jeg tenker de positive behandlingsformene som jeg gjennomgikk tidligere kan stå som gode eksempler for hvordan metamodellen kan utvides. Et av positiv psykologis store mål er som

tidligere nevnt å fremme aspektene ved mennesket som ikke har vært så synlige i den tradisjonelle teoretiske og praktiske tilnærmingen til psykoterapi. En utvidelse av metamodellen til Morris kan forhåpentligvis øke fokuset på de aspektene som er unike for anvendt positiv psykologi som klinisk retning, og positiv psykologi som en teoretisk og forskningsmessig bevegelse.

Forslag til et nytt ritual – det positive ritualet

Mitt forslag er å skape en egen variant av det originale ritualet, som kan kalles det *positive ritualet*. Dette er en teoretisk påstand, og følger den metateoretiske strukturen i Morris metamodell, men med en utvidelse av innholdet i hver enkelte komponent.

Positive intervensjoner. Positive ritualer kan bygge på positive intervensjoner som innebærer positive handlinger, positive subjektive opplevelser og andre positive fenomener hos klienten. Intervensjonsteknikkene kan læres til senere bruk, slik at klienten kan være aktiv i intervensjonsprosessen på egen hånd. Ett eksempel er velvære-terapiens fokus på dokumentasjon av unntak i hverdagen, som enkelt kan bli til en intervensjon som klienten kan utføre selv og utenfor behandlingen så lenge klienten selv ønsker det. Et annet eksempel er teknikkene som den positive psykoterapien lærer til klientene om å gi tilbakemeldinger til andre mennesker og hvordan tenke mer positivt og balansert om en selv i hverdagen. Virkningen av disse intervensjonene kommer gradvis hos klienten og kan være mer uspesifikke (som en mindre økning i selvsikkerhet og en ny måte å se andre mennesker på), men er samtidig enkle å implementere og ikke knyttet til spesifikke psykologiske problemer eller enkelte tilstander. Friheten i intervensjonene og klientens egen rolle er mye større enn i de tradisjonelle ritualene, og begrenses ikke av psykopatologien. Dette har på mange måter vært standard ved den humanistiske og klientsentrerte terapien som beskrevet tidligere, hvor det ikke er de spesifikke teknikkene som teller, men selvrealiseringen og utviklingen av det indre potensialet.

Positive karakterstyrker. De endrede og forbedrede personkarakteristikkene som metamodellen til Morris beskriver kan utvides med et videre, positivt aspekt som jeg vil kalle positive karakterstyrker. Disse styrkene eksisterer i alle mennesker på lik linje med de dysfunksjonelle personkarakteristikkene som psykoterapien ifølge Morris søker å behandle.

De virker parallelt med negative karakteristikk i mennesket, men kan arbeides med og fremmes uavhengig av psykologiske problemer eller underliggende dysfunksjonelle mekanismer. Positiv psykoterapi benytter som eksempel karakterstyrker aktivt i behandlingen under hele terapiforløpet, ved siden av positive emosjoner, engasjement og mening. Det er ingen begrensninger i hvor mye disse styrkene kan fremmes. Seligman (2002) har derfor også utviklet øvelser som handler om å sette opp lister med handlinger som kan utføres hver dag for å styrke ens karakterstyrker. Jeg tenker meg at de positive personkarakteristikkene, altså karakterstyrkene, har en sterkere positiv verdi enn den komponenten som metamodellen kaller forbedrede personkarakteristikk og som er målet i vanlig psykoterapeutisk behandling.

Psykologisk velvære som menneskelig mål. Den positive og utviklende prosessen går fra de positive subjektive opplevelsene til de positive styrkene og kan fortsette videre til den tredje komponenten, som i Morris originale metamodell kalles behandlingsmålene. I det positive ritualet kan denne komponenten kalles psykologisk velvære, som en endelig, positiv og adaptiv tilstand, med høy grad av mening, lykke og livskvalitet. Tilstanden innebærer noe større, mer positivt og mer langvarig enn en symptomreduksjon i henhold til mytens psykologiske problemer. For å oppnå denne typen velvære må flere faktorer enn bare subjektive opplevelser (som intervensjonsfaktorer) og positive styrker (som personkarakteristikk) være tilstede.

Positive prosesser. Prosessene som ligger bak de positive styrkene i oss og som fremmer psykologisk velvære kan romme et stort spekter av teoretiske fenomener. Jeg kan tenke med at mestringssevne, resiliens, forebyggende faktorer, self-efficacy, agens, selvbestemmelse og autonomi er noen av begrepene som passer inn her. Prosessen kan også kalles evne til mestrings, selvbestemmelse eller vekst. Dette elementet representerer de indre positive prosessene som fremmes som en følge av positive opplevelser, styrker, engasjement og søken etter mening i hverdagen. Prosessene fører en som individ mot psykologisk velvære og er den positive motvekten til den kausale prosessen som Morris mener begynner i de dysfunksjonelle personkarakteristikk og ender opp som psykologiske problemer. Der hvor det i Morris sin opprinnelige metamodell er en direkte kausal forbindelse mellom de underliggende psykologiske mekanismene og de psykologiske problemene, så er det ingen kausalitet mellom de positive prosessene. Jeg tenker det er mer hensiktsmessig å se slike prosesser som positivt medvirkende.

Nytt ritual – gamle myter

Anvendt positiv psykologi kommer ikke med noen ny teori for å beskrive psykopatologi, lidelse og problemer. De tre terapiformene jeg har gjennomgått bygger alle på tradisjonell forskning, tradisjonell utredning og dagens standard for diagnostisk utredning. Behandlingen benytter faktisk flere prinsipper fra vanlige, tradisjonelle behandlingsmetoder. Velvære-terapi er i stor grad en korttids kognitiv atferdsmessig terapiform som er manualbasert. Positiv psykoterapi blir beskrevet som et supplement til vanlig behandling for depresjon, ikke som en selvstendig behandling i seg selv. Positiv terapi baserer seg i stor grad på humanistisk psykoterapi sine begreper, prinsipper og behandlingsmetoder.

Det er altså grunnlag for å utvide behandlingsaspektet i metamodellen med det jeg kaller det positive ritualet, men de anvendte positive terapiformene bidrar ikke med noen ny teori om mennesket som kan gi grunnlag for å omdefinere hele metamodellen. Forkjempere for positiv psykologi benekter ikke at det eksisterer psykologiske problemer, som nevnt tidligere i oppgaven, og gjør heller ikke noe forsøk på å skape ny teori om menneskelig psykopatologi. Dette avrunder dermed hele diskusjonen ved å ta positiv psykologi tilbake der den startet.

Det virker som at de forskjellige anvendte variantene av positiv psykologi er kompatible med enhver myte som søker å forklare psykologiske problemer. Intervensjoner som baserer seg på tradisjonelle myter om individets problemer står ikke i motsetning til de positive psykologiske intervensjonene. Det positive ritualet kan altså benyttes i sammenheng med andre myter og ritualer, og virker å følge antagelsen til Seligman og kolleger (2006) om positiv psykoterapi når de sier at behandlingen kun er ment som et supplement til den tradisjonelle behandlingen (av depresjon).

Avslutning

Hva er så målet med den positive psykologiske bevegelsen?

Forkjemperne ønsker å fremme at mennesker skal "blomstre", noe som indirekte er en beskrivelse av at de mestrer motgang og problemer og opplever velvære og livskvalitet til tross for mindre gunstige livsforhold. Dette er ikke ulikt intensjonen til de fleste andre psykoterapeutiske intervensjoner og retninger, men der hvor tradisjonelle teorier tar utgangspunkt i sine myter, så tar positiv psykologi utgangspunkt i en helt annen type behandling, en behandling som jeg kalte det positive ritualet i sammenheng med Morris sin metamodell.

Positiv psykologi virker å være en bevegelse som søker å utvide forskningen mot nye områder, og utvikle alle psykologers kunnskap om positive fenomener. Men det har ikke blitt utviklet noen klar og entydig myte for positiv psykologi, og etter å ha studert de forskjellige anvendte formene virker det heller ikke som det er ment å eksistere noen myte. Formålet med positiv psykologi virker for meg ikke å være å skape en ny teori om menneskelig psykopatologi, men å skape behandlingsmetoder som kan bidra med en viktig utvidelse av den tradisjonelle psykoterapien.

Ett av målene jeg hadde med å gjøre denne teoretiske vurderingen av anvendt positiv psykologi var å øke min egen bevissthet rundt hvilke grunnleggende tanker om mennesket som ligger bak psykoterapeutisk praksis. Positiv psykologi er en ung bevegelse, og har foreløpig fått et knapt tiår på seg til å spre sine positive ideer og konsepter. De anvendte variantene av positiv psykologi som jeg har jobbet med i oppgaven er fortsatt relativt unge, og vil ganske sikkert utvikles og forskes på med tiden. Det kan være at positiv psykologi som bevegelse forsvinner under jorden litt etter hvert, som humanismen og andre bevegelser har gjort før den. Eller den kan vokse i popularitet og endre psykologiens perspektiv for alltid.

Det virker nødvendig å jobbe for å skape kunnskap om positiv psykologi, slik at flere stiller seg spørsmål om det er en sammenheng mellom negative og positive aspekter av mennesket. Om det eksisterer en glidende overgang mellom mer og mindre 'friske' klienter. Om å fremme velvære kan være ensbetydende med lindringen av lidelse, fordi begge deler søker det samme formålet for klienten. At lindringen av psykopatologi og styrkingen av velvære en dag kan bli

til en enhetlig oppgave.

Hvordan det ender er det bare fremtiden som har mulighet til å vise. Mange spørsmål står fortsatt ubesvart, men positiv psykologi er ennå en ung disiplin, og den har god tid på seg til å vise hva den er god for. Enn så lenge får jeg nøye meg med å avrunde denne oppgaven med samtidens antagelser for den positiv psykologiske fremtiden.

"As the positive psychology movement takes root more widely and continues to flourish, it is our hope that these changes will evolve such that the positive psychology movement will disappear, because it is simply no longer needed. All psychologists will be positive psychologists." (Joseph & Linley, 2006, s. 7).

Referanser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.)(text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (2000). A focus on empirically supported outcomes: A commentary on search for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 264-268.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Petersen, H. H. Strupp & P. L. Wachtel (Eds.), *A history of psychotherapy: A century of change* (pp. 261-303). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aspinwall, L. G. & Staudinger, U. M. (2002). A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 9-22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D. L. (1993). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures*. Upublisert manuskript, Division 12, American Psychological Association. Lastet ned fra <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II, *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Perennial.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.

- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy, *Clinical Psychologist: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35(11), 991-999.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology*, 21(5), 372-378.
- Havik, O. E. & VandenBos, G. R. (1996). Limitations of manualized psychotherapy for everyday clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 264-267.
- Held, B. S. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9-46.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2004). Positive therapy: A positive psychological theory of therapeutic practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 354-368). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive psychological approaches to therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 5-10.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2006). *Positive therapy. A meta-theory for positive psychological practice*. London: Routledge.
- Keyes, C. L. M. & Lopez, S. J. (2005). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-15). New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Applied positive psychology: A new perspective for professional practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 3-12). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lopez, S. J., Magyar-Moe, J. L., Petersen, S. E., Ryder, J. A., Krieshok, T. S., O'Byrne, K. K.

- et al. (2006). Counseling psychology's focus on positive aspects of human functioning. *The Counseling Psychologist*, 34(2), 205-227.
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 745-750.
- Maddux, J. E. (2005). Stopping the "madness": Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 13-25). New York: Oxford University Press.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Mollen, D., Ethington, L. L. & Ridley, C. R. (2006). Positive psychology: Considerations and implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 34(2), 304-312.
- Morris, S. J. (2003). A metamodel of theories of psychotherapy: A guide to their analysis, comparison, integration and use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1-18.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2002). The motivational sources of creativity as viewed from the paradigm of positive psychology. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists' relational contributions to effective psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklaring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.

- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1994). *What you can change and what you can't*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P., Rashid T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shapiro, D. A. (1996). "Validated" treatments and evidence-based psychological services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 256-259.
- Snyder, C. R. (2000). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free

Press.

- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.) (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. & Gruenwald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.